ტრანსგენდერი ადამიანების საჭიროებები ჯანდაცვის სფეროში
NEEDS OF TRANSGENDER PERSONS IN HEALTHCARE

საჯარო პოლიტიკის დოკუმენტი / POLICY PAPER

ქალთა ინიციატივების მხარდამჭერი ჯგუფი
WOMEN'S INITIATIVES SUPPORTING GROUP
WISG
www.women.ge

ტრანსგენდერ ადამიანთა საჭიროებები
ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში
(საჯარო პოლიტიკის დოკუმენტი)

საჯარო პოლიტიკის დოკუმენტი მომზადებულია „ქალთა ინიციატივების მხარდამჭერი ჯგუფის“ (WISG) მიერ, პროექტის – „ტრანსგენდერი ადამიანებისთვის სქესის კვლავმინიჭების პროცედურებზე ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება“ - ფარგლებში. პროექტის ფინანსური მხარდამჭერები არიან Kvinna till Kvinna, „ქალთა ფონდი საქართველოში“ და ILGA Europe. / This public policy document was prepared by Women's Initiatives Supporting Group (WISG) within the frames of the project "Improvement of accessibility of transgender persons to gender reassignment procedures". This project is financially supported by Kvinna till Kvinna, Women's Fund in Georgia and ILGA Europe.

ავტორები / Authors : ეკატერინე აღდგომელაშვილი / Ekaterine Aghdgomelashvili

ნათია გვიანიშვილი / Natia Gvianishvil

თათული თოდუა / Tatuli Todua

ციალა რატიანი / Tsiala Ratiani

დიზაინი და დაკაბადონება/ Design and layout: ე. წერეთელი / E. Tsereteli

რედაქტორი / Editor: მ. კალანდაძე / M. Kalandadze

მთარგმნელი / Translator: ე. გლურჯიძე / E. Glurjadze

დაბეჭდილია / Printed: შპს „პეტიტი“ / Petite Ltd

© ქალთა ინიციატივების მხარდამჭერი ჯგუფი, 2015

Women's Initiatives Supporting Group, 2015

www.women.ge

ISBN 978-9941-0-7572-8

პუბლიკაციის სრულად ან ნაწილობრივ გამოყენება ან გადაბეჭდვა WISG-ის წერილობითი თანხმობის გარეშე დაუშვებელია. გამონაკლისს წარმოადგენს მოკლე ციტატების გამოყენება სტატიებში წყაროს მითითებით / No part of this publication may be used or reproduced in any manner whatsoever without written permission from WISG except in the case of brief quotations embodied in critical articles and reviews.

ტრანსგენდერ ადამიანთა საჭიროებები ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში

(საჯარო პოლიტიკის დოკუმენტი)

„ქალთა ინიციატივების მხარდამჭერი ჯგუფი“
WISG
თბილისი, 2015

ᲨᲘᲜᲐᲐᲠᲡᲘ

ᲨᲔᲡᲐᲕᲐᲚᲘ 7

ᲞᲠᲝᲑᲚᲔᲛᲘᲡ ᲐᲦᲬᲔᲠᲐ 11

ტრანსფობია და დისკრიმინაცია 11

სამართლებრივი გარემო 11

სოციალური გარემო და ტრანსფობია 12

ფიზიკური და ფსიქოლოგიური ძალადობა ტრანსგენდერი ადამიანების მიმართ 13

გენდერის სამართლებრივი აღიარება 16

ჯანმრთელობის დაცვის უფლება 20

დისკრიმინაციის დაუშვებლობა და სტიგმა 20

ტრანსსენსიტიური სამედიცინო მომსახურება 22

ფინანსური ხელმისაწვდომობა 26

ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების უფლება 28

ᲡᲮᲕᲐ ᲥᲕᲔᲧᲜᲔᲑᲘᲡ ᲒᲐᲛᲝᲪᲓᲘᲚᲔᲑᲐ ᲓᲐ ᲡᲐᲣᲙᲔᲗᲔᲡᲝ ᲞᲠᲐᲥᲢᲘᲙᲔᲑᲘ 38

ტრანსფობია და დისკრიმინაცია 38

გენდერის სამართლებრივი აღიარება 40

ჯანმრთელობის დაცვის უფლება 44

ხელმისაწვდომობა ჯანდაცვის სერვისებზე დისკრიმინაციის გარეშე 44

ᲓᲐᲡᲙᲕᲜᲔᲑᲘ/ᲠᲔᲙᲝᲛᲔᲜᲓᲐᲪᲘᲔᲑᲘ 55

გენდერის სამართლებრივი აღიარება 57

უფლება ჯანდაცვის უმაღლეს სტანდარტზე 58

ᲢᲔᲠᲛᲘᲜᲝᲚᲝᲒᲘᲐ 60

ᲑᲘᲑᲚᲘᲝᲒᲠᲐᲤᲘᲐ 70

შესავალი

ჯანმრთელობაზე ადამიანის უფლება მრავალ საერთაშორისო ხელშეკრულებაშია აღიარებული. ადამიანის უფლებათა საყოველთაო დეკლარაციის 25-ე მუხლის პირველი პუნქტი ადგენს: *„ყოველ ადამიანს უფლება აქვს, ჰქონდეს ცხოვრების ისეთი დონე, საკვების, ტანისამოსის, ბინის, სამედიცინო და საჭირო სოციალური მომსახურების ჩათვლით, რომელიც აუცილებელია მისი და მისი ოჯახის ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის შესანარჩუნებლად“.* საერთაშორისო სამართლის მთელ სპექტრში, ჯანმრთელობის უფლების ყველაზე უფრო სრული მუხლი ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების საერთაშორისო პაქტშია მოცემული. ამ პაქტის მე-12 მუხლის პირველი პუნქტით მონაწილე სახელმწიფოები აღიარებენ: *„თითოეული ადამიანის უფლებას ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის უმაღლეს სტანდარტებზე“*, ხოლო მე-12 მუხლის მე-2 პუნქტში ჩამოთვლილია ზომები, რომლებიც მონაწილე სახელმწიფოებმა უნდა მიიღონ ამ უფლების სრული რეალიზაციისათვის.

გარდა ამისა, ჯანმრთელობის უფლება აღიარებულია რასობრივი დისკრიმინაციის ყველა ფორმის აღმოფხვრის კონვენციის (ICERD) მე-5 ე) მუხლში, ქალთა მიმართ დისკრიმინაციის ყველა ფორმის აღმოფხვრის კონვენციის (CEDAW) 11.1. ვ) და მე-12 მუხლებში და ბავშვის უფლებათა კონვენციის (CRC) 24-ე მუხლში. ჯანმრთელობის უფლება დაცულია ადამიანის უფლებების რეგიონულ ხელშეკრულებებში, როგორიცაა ევროპის სოციალური ქარტია (მუხლი 11), ადამიანის და ხალხთა უფლებების აფრიკული ქარტია (მუხლი 16) და ადამიანის უფლებათა ამერიკული კონვენციის დამატებითი ოქმი ეკონომიკურ, სოციალურ და კულტურულ უფლებათა სფეროში (მუხლი 10). ანალოგიურად, ჯანმრთელობის უფლება აღიარებულია ადამიანის უფლებების კომისიის მიერ, ასევე 1993 წლის ვენის დეკლარაციასა და სამოქმედო პროგრამაში და სხვა ხელშეკრულებებში.[1]

1 საერთაშორისო პაქტი „ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების შესახებ“.

სხვა სოციალური და ეკონომიკური დეტერმინანტების გარდა, როგორებიცაა უმუშევრობა და გაჭირვებული მატერიალური მდგომარეობა, ჯანდაცვის სერვისების ხელმისაწვდომობასა და ჯანმრთელობის სტატუსზე გავლენას ახდენს მარგინალიზაცია, სოციალური გარიყვა და სტიგმა. *„საჭიროა ადამიანის უფლებებზე დაფუძნებული მიდგომა, რომელიც განიხილავს ჯანმრთელობის სოციალურ და ეკონომიკურ დეტერმინანტებს, მათ შორის დისკრიმინაციას, რათა მოხდეს უმცირესობათა მოსახლეობაში გაბატონებული უთანასწორობის გადაჭრა ჯანმრთელობის სტატუსსა და ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობასთან მიმართებით“.*[2]

სხვა ქვეყნებში ჩატარებული კვლევები ადასტურებს, რომ ჯანდაცვაზე თანაბარი ხელმისაწვდომობა ხშირად ირღვევა სხვადასხვა მარგინალური ჯგუფების წარმომადგენლებისთვის. განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც საქმე ტრანსგენდერ, ინეტრსექსუალ და გენდერულად არაკონფორმულ ადამიანებს ეხებათ[3]. ისინი ხშირად განიცდიან დისკრიმინაციას ჯანდაცვის სერვისების მიღების დროს.

წინამდებარე საჯარო პოლიტიკის დოკუმენტში ტრანსგენდერი ადამიანების ჯანმრთელობის კონცეფცია არაა შევიწროვებული მხოლოდ ტრანზიციისათვის საჭირო სამედიცინო პროცედურებით. როგორც ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია განმარტავს, „ჯანმრთელობა არის ფიზიკური, ფსიქიკური და სოციალური კეთილდღეობის ერთიანი მდგომარეობა და არა მხოლოდ დაავადების არქონა.[4]“ ამგვარად, ჩვენ მიერ შემუშავებულ საჯარო პოლიტიკის დოკუმენტში ტრანსგენდერი ადამიანების ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საკითხები მოიცავს სერვისების უფრო ფართო სპექტრს, როგორებიცაა დაცვა და რესურსები, რომელიც ტრანს ადამიანებს სჭირდებათ ჯანმრთელი ცხოვრებისათვის უსაფრთხო საზოგადოებაში. ეს მოიცავს პირველად და სხვა ზრუნვის სერვისებს, ისევე, როგორც ჯანმრთელობის სოციო-ეკონომიკურ დეტერმინანტებს: გენდერის სამართლებრივ აღიარებასთან დაკავშირებული პოლიტიკა, სიღარიბე, უმუშევრობა, უსახლკარობა და მიმღეობა საზოგადოების მხრიდან.

პრობლემები, რომელთა წინაშეც დგანან ტრანსგენდერი ადამიანები საქართველოში, საკმაოდ მწვავეა: გენდერის სამართლებრივი აღიარებისა

ზოგადი კომენტარი №14 (22-ე სესია, 2000) (UN doc. E/C.12/2000/4) უფლება ჯანმრთელობის უმაღლესი შესაძლო სტანდარტზე (ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების საერთაშორისო პაქტის მე-12 მუხლი)

2 რესურსები ჯანმრთელობისა და ადამიანის უფლებათა საკითხებზე. ფონდი ღია საზოგადოება - საქართველო. თბილისი, 2014 წ.

3 Hammarberg, T. Human Rights and Gender Identity. CommDH/IssuePaper(2009)2. CoE,

4 WHO’s definition of health.

და სქესის კვლავმინიჭების საკითხებთან დაკავშირებული პროცესების დაურეგულირებლობა, რაც, თავის მხრივ, ზრდის უმუშევრობისა და სიღარიბის რისკს, ხელს უწყობს ჯგუფის წევრთა მარგინალიზაციას და მოწყვლადს ხდის მათ საზოგადოებაში არსებული ტრანსფობიური დანაშაულების მიმართ. თავის მხრივ, სტიგმა, უმუშევრობა, სიღარიბის რისკები, კიდევ უფრო ხელმიუწვდომელს ხდის ჯანდაცვის იმ სერვისებით სარგებლობას, რომელთა გავლაც აუცილებელია გენდერის ლეგალური აღიარებისათვის. ამგვარად, იქმნება ერთგვარი მანკიერი წრე, რომლიდან თავის დაღწევაც ძალიან ძნელია.

ამასთან, გენდერის სამართლებრივი აღიარებისა და სამედიცინო ტრანზიციის პროცესის (პირის ფიზიკური მახასიათებლების მის გენდერთან შესაბამისობაში მოყვანა) ერთმანეთზე მიბმა ქმნის მნიშვნელოვან პრობლემებს ადამიანის უფლებათა თვალსაზრისით. ამგვარი პრაქტიკის შემთხვევაში სრულიად იგნორირებულია ტრანსგენდერობის ფართო სპექტრი[5] და ადამიანებს უწევთ არჩევანის გაკეთება არასასურველ და საჭიროებას მოკლებულ სამედიცინო ჩარევებსა (ბევრ ქვეყანაში ეს მოიცავს სტერილიზაციას) და გენდერის სამართლებრივ აღიარებას შორის.[6]

წინამდებარე საჯარო პოლიტიკის დოკუმენტის მიზანია ქვეყანაში ტრანსგენდერი ადამიანების მდგომარეობის შეფასება, პრობლემური საკითხების გამოვლენა და მათ დასაძლევად რეკომენდაციების შემუშავება რელევანტური ინსტიტუციებისათვის.

დოკუმენტის შესავალი ნაწილი ასახავს ქვეყანაში ტრანსგენდერ ადამიანთა მდგომარეობის ზოგად სურათს; როგორც სამართლებრივ გარემოს, ისე ფიზიკურ და ფსიქოლოგიურ ძალადობას ტრანსგენდერ პირთა მიმართ საქართველოში; გენდერის სამართლებრივ აღიარებასთან დაკავშირებულ პრობლემებსა და ტრანსგენდერ პირთა საჭიროებებს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში. არსებული მდგომარეობის მიმოხილვისას გამოყენებულია როგორც ადგილობრივი ორგანიზაციების მიერ ჩატარებული კვლევები, ისე - საერთაშორისო ორგანიზაციების ანგარიშები და შეფასებები.

თემის სირთულიდან და საკითხის ინოვაციურობიდან გამომდინარე, შეუძლებელია აღნიშნული საკითხის ყველა ასპექტის განხილვა. შესაბამისად, დოკუმენტში ყურადღება გამახვილებულია მხოლოდ რამდენიმე ძირითად საკითხზე, რომლებიც დაუყოვნებლივ მოქმედებასა

5 სამედიცინო ჩარევის თვალსაზრისით, პროცესი შეიძლება მოიცავდეს მხოლოდ მცირე მასშტაბის ჩარევას, თერაპიას, ისევე როგორც სქესის კვლავმინიჭების ქირურგიულ ოპერაციას

6 WISG-ის ILGA-Europe-სა და TGEU-ს მიერ ევროპის სოციალური ქარტიისათვის მომზადებული ჩრდილოვანი ანგარიში ჯანმრთელობის უფლების დაცვის შესახებ. 2014.

და რეაგირებას მოითხოვს. რეკომენდაციების შემუშავებისას გათვალისწინებული იქნა საერთაშორისო ორგანიზაციების რეკომენდაციები და სხვა ქვეყნებში არსებული საუკეთესო პრაქტიკები.

მიუხედავად იმისა, რომ ტრანსგენდერ ადამიანებს შორის ყველაზე მოწყვლად ჯგუფს ბავშვები და მოზარდები წარმოადგენენ, წინამდებარე საჯარო პოლიტიკის დოკუმენტი არ ფარავს არასრულწლოვან ტრანსგენდერ ადამიანთა/ინტერსექსი ადამიანების საჭიროებებს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში. ჯგუფისა და საკითხის სირთულის თვალსაზრისით, თემა ცალკე კვლევას საჭიროებს. წინამდებარე საჯარო პოლიტიკის დოკუმენტის პირველი რიგის ამოცანაა გენდერის ლეგალური აღიარებისა და ტრანსსპეციფიკური სამედიცინო მომსახურების იმგვარად გამიჯვნა, რომ ქვეყნის კონტექსტის გათვალისწინებით, მიღწეული იქნას მაქსიმალური შესაბამისობა ადამიანის უფლებების სტანდარტებთან. ამასთან, გადაიდგას პირველი ნაბიჯები ტრანსგენდერი ადამიანებისათვის ჯანდაცვის უმაღლეს სტანდარტებზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად.

პრობლემის აღწერა

ტრანსფობია და დისკრიმინაცია

სამართლებრივი გარემო

დისკრიმინაციის ამკრძალავი ნორმები ასახული და გამყარებულია ქვეყნის კონსტიტუციითა[7] და მოქმედი კანონმდებლობით. კანონში „დისკრიმინაციის ყველა ფორმის აღმოფხვრის შესახებ“, რომელიც 2014 წლის 7 მაისს შევიდა ძალაში, დისკრიმინაციის აკრძალვის საფუძველთა შორის მითითებულია „სექსუალური ორიენტაცია, გენდერული იდენტობა და გამოხატვა“.[8]

საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის[9] მიხედვით, რასობრივი, ეროვნული, ეთნიკური ან ენობრივი ნიშნით შეუწყნარებლობის საფუძველზე ჩადენილი დანაშაული დამამძიმებელ გარემოებაში ჩადენილ დანაშაულად ითვლებოდა. 2012 წლის 27 მარტს საფუძველთა ჩამონათვალს დაემატა პირის სექსუალური ორიენტაცია და გენდერული იდენტობა. თუმცა, აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ დღემდე ამ მუხლით არც ერთი საქმე არაა კვალიფიცირებული. ქვეყანაში დღემდე არ არსებობს სიძულვილით მოტივირებულ დანაშაულთა სტატისტიკა, რომლებიც ჩადენილია სექსუალური და გენდერული იდენტობის ნიშნით შეუწყნარებლობის საფუძველზე, რაც იმაზე მიგვანიშნებს, რომ დღემდე არ ხდება ლგბტ პირთა მიმართ ძალადობისა და დისკრიმინაციის ბუნებისა და პრევალირების შესახებ მონაცემების შეგროვება და გაანალიზება[10].

შრომის კანონთა კოდექსი პირდაპირ კრძალავს დისკრიმინაციას როგორც სქესის, ისე სექსუალური ორიენტაციის საფუძველზე[11] (აკრძალვის საფუძვლებში გენდერული იდენტობა მითითებული არაა).

---

7 საქართველოს კონსტიტუციის მე-14 მუხლი კრძალავს დისკრიმინაციას ისეთი ფაქტორების საფუძველზე, როგორებიცაა, მაგალითად, პირის ეროვნული და ეთნიკური წარმომავლობა, რელიგია, სოციალური ჯგუფისადმი კუთვნილება, სქესი და სხვ

8 საქართველოს კანონი დისკრიმინაციის ყველა ფორმის აღმოფხვრის შესახებ. მუხლი 1.

9 სსკ 53-ე მუხლის 3’ ნაწილი.

10 დისკრიმინაციის პრევენციისა და ამ ნიშნით ჩადენილ სამართალდარღვევებზე ეფექტიანი რეაგირების მიზნით, შსს მინისტრმა 2014 წლის 26 დეკემბერს ახალი მითითებები გამოსცა, რომლის მიხედვითაც, შსს-ს საგამოძიებო დანაყოფებს დაევალათ: შეუწყნარებლობის მოტივისა და დისკრიმინაციის კონკრეტული ნიშნის „შესაძლო“ არსებობის შესახებ (სსკ 53-ე მუხლის 31 ნაწილი) მიუთითონ სისხლის სამართლის საქმის წარმოების ელექტრონული პროგრამის შესაბამის ველში – „დანაშაულის ფაბულაში“. სამინისტროს ინფორმაციით, მითითება სიძულვილის ნიადაგზე და შეუწყნარებლობის მოტივით ჩადენილ დანაშაულთან დაკავშირებით გამოძიების შესაბამისი მუხლით (საქართველოს სსკ-ის 142-ე, 142 პრიმა, 142 პრიმა 2, 155-ე და 156-ე მუხლები) გამოძიების დაწყების ვალდებულებას წარმოშობს, თუ სახეზეა ამ მუხლებით გათვალისწინებული დანაშაულის ნიშნები. http://police.ge/ge/shinagan-saqmeta-ministrma-diskriminatsiis-preventsii-sa-da-am-nishnit-chadenil-samartaldarghvevebze-efeqtiani-reagirebis-miznit-shss-s-danakofebistvis-akha-li-direqtivebi-gamostsa/7565

11 საქართველოს შრომის კოდექსი. მუხლი 2(3).

მიუხედავად ზოგადი აკრძალვისა, კანონი სერიოზულ ხარვეზებს შეიცავდა, რაც დისკრიმინაციის ფართო შესაძლებლობებს ქმნიდა პირის სამსახურში აყვანისა და დათხოვნის ეტაპებზე. 2013 წელს შესაბამისი ცვლილების საფუძველზე ეს ხარვეზი აღმოიფხვრა[12].

სექსუალური ორიენტაცია, როგორც დისკრიმინაციის აკრძალვის საფუძველი, ფიგურირებს საქართველოს კანონშიც ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ[13]. საქართველოს კანონი „პაციენტთა უფლებების“ შესახებ, ასევე კრძალავს პაციენტთა დისკრიმინაციას რამე ნიშნით: „პაციენტის დისკრიმინაცია რასის, კანის ფერის, ენის, სქესის, გენეტი–კური მემკვიდრეობის, რწმენისა და აღმსარებლობის, პოლიტიკური და სხვა შეხედულებების, ეროვნული, ეთნიკური და სოციალური კუთვნილების, წარმოშობის, ქონებრივი და წოდებრივი მდგომარეობის, საცხოვრებელი ადგილის, დაავადების, სექსუალური ორიენტაციის ან პირადული უარყოფითი განწყობის გამო აკრძალულია“.[14] აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ზემოაღნიშნული წარმოადგენს ფუნდამენტურ პრინციპს და მისმა დარღვევამ, გარკვეულ შემთხვევებში, შეიძლება, გამოიწვიოს სისხლის სამართლებრივი პასუხისმგებლობა[15].

2014 წელს მიღებული ადამიანის უფლებათა შვიდწლიანი სტრატეგია და ორწლიანი სამოქმედო გეგმა (2014-15) ასევე მოიცავს სექსუალურ ორიენტაციასთან/გენდერულ იდენტობასთან დაკავშირებულ საკითხებს.

მიუხედავად შესამჩნევი პროგრესისა, საკანონმდებლო დონეზე კვლავაც რჩება ხარვეზები, რაც ლგბტ და, განსაკუთრებით, ტრანსგენდერ ადამიანებს არათანასწორ პირობებში აყენებს. უმრავლეს შემთხვევაში კანონი არ არის აშკარად დისკრიმინაციული, მაგრამ მათი გამოყენება იწვევს დისკრიმინაციულ შედეგებს პრაქტიკაში და მნიშვნელოვნად ზღუდავს ლგბტ ადამიანების თავისუფლებებსა და უფლებებს.[16] ამგვარი შეზღუდვები განსაკუთრებულად თვალშისაცემი და საგანგაშოა ტრანსგენდერებთან მიმართებაში.

სოციალური გარემო და ტრანსფობია

საქართველოში დღემდე არ ჩატარებულა სიღრმისეული კვლევა, რომელიც ასახავდა საზოგადოებაში არსებულ განწყობებს ლგბტ

---

12 2013 წლის 12 ივნისის ცვლილებები შრომის კოდექსში (729-IIს).

13 იხ. მე-6 მუხლის პირველი პუნქტი.

14 საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების“ შესახებ. მუხლი 6.

15 სსკ. 142-ე მუხლი

16 ა. ნაცვლიშვილი., ე. აღდგომელაშვილი. CM/REC(2010)5 რეკომენდაციის იმპლემენტაციის ანგარიში. WISG. თბილისი. 2012.

ჯგუფის წარმომადგენელთა მიმართ, ჰომო- და ტრანსფობიის გამოვლენის ხარისხსა და სპეციფიკას. დღემდე ჩატარებული კვლევების უმეტესობა, რომლებიც სხვადასხვა ღირებულებებთან/საკითხებთან და/ან ჯგუფებთან მიმართებასა და განწყობათა ცვლილების დინამიკას სწავლობს (მათ შორის, ჰომოსექსუალთა მიმართ), არ იძლევა ამგვარი ჩაღრმავების საშუალებას. თუმცა, კვლევების შედეგები ასახავს ზოგად ტენდენციას, რომლის მიხედვითაც ლგბტ ადამიანები დღემდე რჩებიან ჯგუფად, რომლის მიმართაც საზოგადოება ყველაზე ნაკლებ მიმღეობას ამჟღავნებს სხვა მარგინალიზებულ ჯგუფებთან შედარებით.[17]

იმავეს ადასტურებს ჯგუფის შიგნით ჩატარებული კვლევებიც: ლგბტ ჯგუფის წარმომადგენელთა შეფასებით, საზოგადოებაში მათ მიმართ დამოკიდებულება უფრო ნეგატიურისკენ იცვლება. 2012 წელს ჩატარებული გამოკითხვის მიხედვით, იმ ადამიანების რიცხვი, ვინც თვლიდა, რომ საზოგადოების დამოკიდებულება ლგბტ ჯგუფის მიმართ არატოლერანტულია, 2006 წელთან შედარებით 57%-დან 78%-მდე გაიზარდა[18], 2014 წელს კი ამ ნიშნულმა 92%-ს მიაღწია. გამოკითხვის მიხედვით, ჯგუფის წევრთა აზრით, საზოგადოება ყველაზე ნაკლებ მიმღეობას სწორედ ტრანსგენდერი ადამიანების მიმართ ამჟღავნებს - 97% [19].

ფიზიკური და ფსიქოლოგიური ძალადობა ტრანსგენდერი ადამიანების მიმართ

საზოგადოების მკვეთრად ნეგატიური განწყობა პირდაპირ აისახება ჯგუფის წევრებზე. ლგბტ ადამიანთა მიმართ ძალადობისა და დისკრიმინაციის ფაქტები, როგორებიცაა ძალადობა ლგბტ უფლებადამცველთა მიმართ[20], ფიზიკური და ფსიქოლოგიური

17 ე. აღდგომელაშვილი. „ჰომოფობიური სიძულვილის ენა და რეგულაციის მექანიზმები". როგორ დავძლიოთ სიძულვილის ენა? საჯარო პოლიტიკის დოკუმენტი. ჰაინრიჰ ბიოლის ფონდი, 2012

18 2006 წელს ფონდ „ინკლუზივის" მიერ ჩატარებული კვლევის შედეგებით, ლგბტ ჯგუფის წარმომადგენელთა 57,5% საზოგადოების დამოკიდებულებას აფასებდა, როგორც არატოლერანტულს; 24,2% - როგორც ინდიფერენტულს, 10% მიიჩნევდა, რომ საზოგადოება ტოლერანტული იყო. 2012 წლის კვლევამ აჩვენა, რომ ლგბტ ჯგუფის წარმომადგენელთა შორის იმ ადამიანების რიცხვი, ვინც თვლის, რომ საზოგადოება მათ მიმართ არატოლერანტულია 78%-მდე გაიზარდა. გამოკითხულთა 15% დამოკიდებულებას აფასებს, როგორც „უფრო არატოლერანტული, ვიდრე ტოლერანტული", 4% - „უფრო ტოლერანტული, ვიდრე არატოლერანტული", კითხვას არ უპასუხა გამოკითხულთა 3%-მა, ხოლო იმ ადამიანების რიცხვი ვინც საზოგადოების დამოკიდებულებას აფასებს, როგორც ტოლერანტულს, 1%-ზე ნაკლებია. ლგბტ ადამიანთა მდგომარეობა საქართველოში. WISG.თბილისი. 2012.

19 „არატოლერანტულია - 92% (ლბ-ს მიმართ - 81%, გბ-ს მიმართ - 98%, ტრანსგენდერთა მიმართ - 97%), ტოლერანტულია - 4% (ლბ - 12%, გბ - 1%), არ ვიცი - 4%". ე. აღდგომელაშვილი. ლგბ ჯგუფის საჭიროებების კვლევა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში. ტექნიკური ანგარიში. WISG. 2014

20 A Pending Case versus Georgia before the ECtHR about police homophobic behaviour and violation of

ძალადობის ფაქტები, სახელმწიფოს უმოქმედობა და/ან არაადეკვატური რეაგირება სიძულვილით მოტივირებულ დანაშაულებზე, სიძულვილის ენის გამოყენება და სხვ. ასახულია როგორც ადგილობრივი ლგბტ ორგანიზაციების მიერ ჩატარებულ კვლევებში, ისე სახალხო დამცველისა[21] და სხვა საერთაშორისო ორგანიზაციებისა და ინსტიტუციების ანგარიშებში[22].

როგორც 2012, ისე 2014 წელს ტრანსგენდერ ადამიანებთან ჩაღრმავებულმა ინტერვიუებმა აჩვენა, რომ მათი უმრავლესობა სისტემატურად განიცდის ფსიქოლოგიურ ძალადობას. ძალადობა შეიძლება, მომდინარეობს როგორც უცხო ადამიანების მხრიდან, ისე – ოჯახის წევრებისა და მეგობრებისგან. ზეწოლა, რომელსაც ტრანსგენდერი ადამიანები საზოგადოებისგან განიცდიან, მუდმივია და განსაკუთრებით მწვავე ფორმებს იძენს, თუკი ტრანსგენდერი ინდივიდი ვერ ახერხებს (ან არ სურს) ჩვენს კულტურაში მიღებული ორი (ქალის და კაცის) გენდერული როლიდან რომელიმე „სრულყოფილად“ აითვისოს. ხშირია ასევე შემთხვევები, როდესაც ძალადობისა და დისკრიმინაციის თავიდან ასაცილებლად ტრანსგენდერ ადამიანებს უწევთ, ყოველდღიურ ცხოვრებაში წარმოჩინდნენ იმ გარეგნობითა და სოციალური როლით, რომელიც არ შეესაბამება მათ გენდერულ თვითაღქმას. ეს განსაკუთრებით ეხებათ ტრანსგენდერ ქალებს, რომლებიც, ტრანსგენდერ მამაკაცებთან შედარებით, უფრო ხილვადები არიან საზოგადოებისათვის.[23]

2014 წელს ჩატარებულმა ტრანსგენდერი ადამიანების მდგომარეობის კვლევამ გამოავლინა, რომ რესპონდენტებიდან 9 (N=14) ცხოვრების გარკვეულ ეტაპზე ერთხელ მაინც გამხდარა ფიზიკური ძალადობის ობიექტი თავისი გენდერული იდენტობის გამო. მაშინ, როცა მონაწილეთაგან სამს ფიზიკური ძალადობა სამი ან მეტი წლის წინ განუცდია (ორს – ქუჩაში, ხოლო ერთს – ოჯახის წევრის მხრიდან ბავშვობაში) 6-ს ამგვარი ძალადობა გასული ორი წლის განმავლობაში აქვს გადატანილი. ერთ-ერთი მათგანი ბოლო ორი წლის განმავლობაში 4-ჯერ გახდა ფიზიკური თავდასხმის მსხვერპლი ქუჩაში[24].

---

fundamental rights (Aghdgomelashvili and Japaridze v Georgia., App. no. 7224/11)

21 საქართველოს სახალხო დამცველის ანგარიში საქართველოში ადამიანის უფლებათა და თავისუფლებათა დაცვის მდგომარეობის შესახებ. 2013.

22 Hammarberg T., GEORGIA IN TRANSITION. Report on the human rights dimension: background, steps taken and remaining challenges. 2013; ENP Country Progress report – Georgia. 2012, 2013 ; US State Department Human Rights Report: Georgia. 2011, 2012 and 2013; Country reports prepared recently for the Council of Europe Human Rights Commissioner and the EU Fundamental Rights Agency', Hate Crimes in the OSCE Region – Incidents and Responses. Annual report 2011.; Study on Homophobia, Transphobia and Discrimination on Grounds of Sexual Orientation and Gender Identity. Legal Report and sociological reports: Georgia. COWI. 2010.

23 ნ. გვიანიშვილი. ტრანსგენდერი ადამიანების მდგომარეობა საქართველოში. WISG. თბილისი. 2014

24 . Ibid

გენდერის ლეგალურ აღიარებასთან დაკავშირებული საკითხების დაურეგულირებლობის გამო, საქართველოში მცხოვრები ტრანსგენდერი ადამიანები ცდილობენ, მოძებნონ ისეთი არაოფიციალური ან დროებითი სამუშაო, სადაც არ მოუწევთ პირადობის დამადასტურებელი საბუთების წარდგენა. ამის გამო ხშირად თანხმდებიან დაბალანაზღაურებად, არაკვალიფიციურ სამუშაო პირობებში მუშაობას. ფინანსურმა პრობლემებმა შესაძლოა, უბიძგოს კომერციულ სექსში ჩაერთონ (ეს ძირითადად ტრანსგენდერ ქალებს ეხებათ), რაც კიდევ უფრო მოწყვლადს და დაუცველს ხდის მათ მესამე პირების მხრიდან ძალადობის მიმართ[25]. სისტემატური ფიზიკური და ფსიქოლოგიური ძალადობის გამოცდილებაზე საუბრობენ ის რესპონდენტები, ვისაც პენიტენციალურ სისტემასთან ჰქონია შეხება[26].

ფსიქოლოგიურ ძალადობას კიდევ უფრო ფართო მასშტაბები აქვს. როგორც 2012, ისე 2014 წელს გამოკითხული რესპონდენტების სრული უმრავლესობა ადასტურებს, რომ ამა თუ იმ ფორმით განიცდის ფსიქოლოგიურ ძალადობას როგორც უცხო ადამიანების, ისე ოჯახის წევრების, პარტნიორებისა და მეგობრებისაგან[27].

საერთაშორისო სტატისტიკა ცხადყოფს, რომ ეს ჯგუფი ასევე მსოფლიოს მასშტაბით განიცდის ანალოგიურ დისკრიმინაციას, თუმცა ამ დისკრიმინაციის ყველაზე შემზარავი შედეგი იმ მკვლელობების რაოდენობაა, რომელთა მსხვერპლნიც ხდებიან ტრანსგენდერი ადამიანები საკუთარი გენდერული იდენტობის გამო. 2014 წელს მსოფლიოს 28 ქვეყანაში 226 ტრანსგენდერი ადამიანი იქნა მოკლული, ხოლო 2008 წლიდან დღემდე მსოფლიოს 62 ქვეყანაში ეს რიცხცვი 1,999-ს აღწევს[28]. სამწუხაროდ, 2014 წლის 11 ნოემბერს საქართველოც შეუერთდა იმ ქვეყნების რიცხვს, სადაც ტრანსგენდერი ადამიანი შეიძლება, მოკლან მისი გენდერული იდენტობის გამო. [29]

ძალადობის მსხვერპლთა ერთი ნაწილი საკმაოდ ნიჰილისტურადაა განწყობილი როგორც სამართალდამცავთა, ისე უფლებადაცვითი

25 Ibid.

26 სამხრეთ კავკასიაში ტრანსგენდერებისათვის აივ-თან დაკავშირებული სერვისების მოთხოვნის, საჭიროების და ხელმისაწვდომობის შესწავლა. ხარისხობრივი კვლევის ანგარიში, საინფორმაციო სამედიცინო-ფსიქოლოგიური ცენტრი „თანადგომა" თბილისი. 2013.

27 ნ. გვიანიშვილი. ტრანსგენდერი ადამიანების მდგომარეობა საქართველოში. WISG. თბილისი. 2014.

28 Project: Trans respect versus transphobia. worldwide. http://www.transrespect-transphobia.org/en_US/tvt-project/tmm-results/tdor-2014.htm .

29 მიუხედავად იმისა, რომ გამოძიების მიერ დასახელებული ოფიციალური მოტივი ამას საჯაროდ არ ადასტურებს, საბი ბერიანის მკვლელობის გარშემო გაჩენილი დეტალები მიუთითებს, რომ მკვლელობა სიძულვილის მოტივით შეიძლება ყოფილიყო ჩადენილი. მსხვერპლისადმი სიძულვილის ენით გაჟღენთილი გამოხმაურება, რომელიც მომხდარს მოყვა, ასევე ცხადყოფს ტრანსგენდერი ადამიანების მდგომარეობას საზოგადოებაში და იმას, რომ მარგინალიზებულ ჯგუფებზე ძალადობა საქართველოში სოციალურად მიღებულ მოვლენად იქცა.

ორგანიზაციების მიმართ და თვლის, რომ ჩივილს აზრი არ აქვს (ერთ შემთხვევაში, მსხვერპლს ოჯახის წევრებმა სთხოვეს, არ მიემართა პოლიციისათვის, რადგან ინციდენტი მის საცხოვრებელ უბანში მოხდა და ოჯახის დანარჩენი წევრები საკუთარ უსაფრთხოებაზე ზრუნავენ). ის რესპონდენტები, რომელთაც მიმართეს სამართალდამცავ ორგანოებს და/ან უფლებადაცვით ორგანიზაციას, აღნიშნავენ, რომ მათი ძალისხმევის მიუხედავად, არც ერთ საქმეზე სამართლებრივი შედეგი არ დამდგარა, რაც ასევე ნეგატიურად აისახება მიმართვიანობაზე.

როგორც CM/REC(2010)5 რეკომენდაციის განხორციელების მონიტორინგის შედეგებმა აჩვენა[30], სახელმწიფოს ამ ეტაპზე არ გააჩნია ეფექტური მექანიზმი და/ან სტრატეგია, რათა ლგბტ ჯგუფის წევრებმა გადალახონ შიში და უნდობლობა სამართალდამცავთა მიმართ და ძალადობის ფაქტების შემთხვევაში მიმართონ პოლიციას. ადამიანის უფლებების 2013-15 წლების სამოქმედო გეგმა მოიცავს ისეთ საკითხებს, როგორებიცაა სიძულვილით მოტივირებულ დანაშაულზე სტატისტიკის წარმოება და სამართალდამცავთა გადამზადება, თუმცა, დოკუმენტის შემუშავების ამ ეტაპზე[31] სახელმწიფოს ჯერ არ გადაუდგამს კონკრეტული პრაქტიკული ნაბიჯები სამოქმედო გეგმაში გაწერილი აქტივობების განსახორციელებლად.

ამგვარი პრობლემები ხელს უშლის სექსუალური ორიენტაციის/გენდერული იდენტობის საფუძველზე ჩადენილი დანაშაულების აღრიცხვასა და რეაგირებას, რაც, თავის მხრივ, გავლენას ახდენს ეფექტური პრევენციული ღონისძიებების გატარებაზე სიძულვილით მოტივირებული დანაშაულის აღმოსაფხვრელად ქვეყანაში.

გენდერის სამართლებრივი აღიარება

გენდერის სამართლებრივი აღიარება ტრანსგენდერი ადამიანისათვის ხშირ შემთხვევაში სასიცოცხლო მნიშვნელობისაა. განსხვავება ადამიანის გენდერულ თვითაღქმას/თვითგამოხატვასა და სქესის შესახებ ჩანაწერს შორის ხშირად უზღუდავს ტრანსგენდერ ადამიანებს დასაქმების, განათლების მიღებისა და შეურაცხყოფისა და დამცირების თავიდან არიდების შესაძლებლობებს. 2012 წელს, ევროპის საბჭოს მინისტრთა კომიტეტის CM/Rec(2010)5 რეკომენდაციის[32] შესრულების

30 ა. ნაცვლიშვილი, ე. აღდგომელაშვილი CM/REC(2010)5 რეკომენდაციის იმპლემენტაციის ანგარიში. WISG თბილისი. 2012

31 2015 წლის იანვარი

32 ევროპის საბჭოს მინისტრთა კომიტეტის რეკომენდაცია წევრი სახელმწიფოებისთვის „სექსუალური ორიენტაციის და გენდერული იდენტობის საფუძველზე დისკრიმინაციასთან ბრძოლის ზომების შესახებ“ CM/REC(2010)5. 2013 წელს, სახელმწიფოებმა წარადგინეს ანგარიში

მონიტორინგზე მუშაობისას ზემოაღნიშნულ საკითხზე „ქალთა ინიციატივების მხარდამჭერმა ჯგუფმა“ კითხვით მიმართა საქართველოს იუსტიციის სამინისტროს, რომელმაც საპასუხო წერილში (N.26948, თარიღი: 26.06.2012) მიუთითა, რომ აღნიშნული საკითხი რეგულირდება საქართველოს კანონის „სამოქალაქო აქტების“ შესახებ 78-ე მუხლის „ზ“ პუნქტის საფუძველზე, სადაც მითითებულია, რომ სქესის შეცვლა წარმოადგენს სამოქალაქო აქტის ჩანაწერში ცვლილების შეტანის ერთ-ერთ საფუძველს. ამასთან, კანონი არ განმარტავს, თუ რა იგულისხმება სქესის შეცვლაში.

სახელმწიფო სერვისების განვითარების სააგენტოს განმარტებით[33], თუ რას გულისხმობს კანონი სქესის შეცვლაში; რა სახის დოკუმენტების წარდგენა არის საჭირო იმისათვის, რომ პიროვნების სამოქალაქო აქტების ჩანაწერებში შევიდეს ცვლილება სქესთან, სახელთან ან/და გვართან დაკავშირებით და კონკრეტულად რომელ სამოქალაქო აქტებში არის შესაძლებელი ცვლილების შეტანა სქესთან, სახელთან ან/და გვართან დაკავშირებით:

> *“სამოქალაქო აქტების შესახებ“ საქართველოს კანონის 78-ე მუხლის „ზ“ პუნქტით დადგენილი ცვლილება შეიძლება, განხორციელდეს სამედიცინო დაწესებულების მიერ გაცემული, პირის მიერ სქესის შეცვლის დამადასტურებელი სამედიცინო ცნობის საფუძველზე. სქესის აღმნიშვნელ გრაფას შეიცავს დაბადების, მამობის დადგენის და გარდაცვალების აქტის ჩანაწერი. შესაბამისად, პირის მიერ სქესის შეცვლის დამადასტურებელი დოკუმენტის წარდგენის შემთხვევაში სამოქალაქო აქტების რეგისტრაციის ორგანო შესაბამის ცვლილებას შეიტანს პირის მიმართ შედგენილ ზემოხსენებულ სამოქალაქო აქტის ჩანაწერებში, სახელის და/ან გვარის შეცვლის შემთხვევაში - აღნიშნული პირის მიმართ რეგისტრირებულ სამოქალაქო აქტების ყველა ჩანაწერში.*

რაც შეეხება სქესის შეცვლის/კვლავმინიჭების პროცედურებს, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს საპასუხო წერილში[34] მითითებული იყო, რომ სქესის შეცვლის საკითხი საქართველოს კანონმდებლობით არ რეგულირდება. ზოგადად ნებისმიერი სამედიცინო ჩარევა ხორციელდება მხოლოდ სამედიცინო ჩვენებით, პაციენტის ჯანმრთელობის ინტერესების შესაბამისად, აღიარებული პროფესიული და ეთიკური სტანდარტების

მიღწეული პროგრესის შესახებ. სახელმწიფოს მიერ მომზადებული ანგარიში შეგიძლიათ იხ. შემდეგ ბმულზე: http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/hrpolicy/Others_issues/LGBT/Questionnaire/LGBT_Georgia.pdf;

33 2014 წლის 11 მარტის (N01/43812) საპასუხო წერილი

34 2014 წლის 27 მარტის N01/25617 საპასუხო წერილი

მიხედვით, საერთაშორისო მტკიცებულებებზე დაყრდნობით.

2014 წლის 29 აპრილის N01/35621 პასუხით გვეცნობა, რომ სქესის შეცვლის ცნობის შევსებასა და გაცემაზე უფლებამოსილია ნებისმიერი სამედიცინო დაწესებულება, მათ შორის, ის სამედიცინო დაწესებულებები, სადაც ხორციელდება სქესის შეცვლის/კვლავმინიჭების პროცედურებთან დაკავშირებული სამედიცინო მომსახურება/ჩარევა.

სახელმწიფო სერვისების განვითარების სააგენტოსა და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროდან მიღებული პასუხებიდან ნათელია, რომ დამკვიდრებული პრაქტიკის მიხედვით, სავალდებულოა შეუქცევადი სტერილიზაციის, ჰორმონული მკურნალობისა და წინასწარი ქირურგიული პროცედურების გავლა, რათა პირმა ახალი პირადობის დამადასტურებელი საბუთების მიღება შეძლოს. მხოლოდ სქესის კვლავმინიჭების პროცედურის სრულად გავლის შემთხვევაში პირს გააჩნია უფლება, ოფიციალურ დოკუმენტებში შეცვალოს მონაცემები სქესის შესახებ.[35] მეტიც, პირადობის ახალ მოწმობებში მითითებულია სქესი, რაც კიდევ უფრო ამძიმებს ტრანსგენდერი პირების მდგომარეობას, განსაკუთრებით, იმ ადამიანებისას, ვინც ტრანზიციის პროცესში იმყოფება (პროცედურას წელიწად–ნახევრიდან ორ წლამდე დრო სჭირდება. ხშირად ეს პერიოდი კიდევ უფრო ხანგრძლივდება სერვისებზე ფინანსური ხელმიუწვდომლობის გამო).[36]

2014 წლის კვლევის მონაწილეთაგან 5-ს აქვს ძველი პირადობის მოწმობა (რომელშიც არ არის დაფიქსირებული პიროვნების სქესი), 8-ს აქვს ID ბარათი, ხოლო ერთს არ აქვს პირადობის მოწმობა და აქვს მხოლოდ პასპორტი. რესპონდენტებიდან სახელი პირადობის მოწმობაში შეცვლილი აქვს მხოლოდ სამს.

სქესის შესახებ ჩანაწერის შეუსაბამობა ადამიანის გენდერულ თვითგამოხატვასთან გარდა პირადი დისკომფორტისა, ხშირად ხდება ტრანსგენდერი ადამიანების დისკრიმინაციის საფუძველი შრომით

35 იუსტიციის სამინისტროს საპასუხო წერილი. N. 26948, თარიღი: 26.06.2012.

36 ბოლო დრომდე შეუძლებელი იყო უმაღლესი განათლების დამადასტურებელი დიპლომის ხელახლა აღება, რომელშიც შეცვლილი სქესი იქნებოდა მითითებული. შესაბამისი ნორმატიული აქტი კრძალავდა უმაღლესი განათლების დამადასტურებელი დიპლომის ნებისმიერი მიზეზით ხელმეორედ გაცემას. ამგვარი პრაქტიკა ტრანსგენდერ პირებს მნიშვნელოვან პრობლემებს უქმნიდა, განსაკუთრებით, სამუშაოს ძიების პროცესში, როცა მათ შესაბამისი განათლების დადასტურება სჭირდებოდათ. საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების მინისტრის 2012 წლის 26 ივნისის ბრძანების (№120/ნ) მიხედვით, რომელიც განათლების დამადასტურებელი დოკუმენტების მკაცრი აღრიცხვის ფორმების გამოყენებას, აღრიცხვა-ანგარიშგებისა და გაცემის წესს ეხება, დასაშვებად მიიჩნევა დიპლომის დუბლიკატის გაცემა, თუკი პირი წარადგენს სახელის ან/და გვარის შეცვლის ფაქტის დამადასტურებელ დოკუმენტს.

ურთიერთობებში და იმ სახელმწიფო და კერძო დაწესებულებებში, სადაც პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტების წარდგენაა საჭირო.

საქართველოს სახალხო დამცველი 2013 წლის ანგარიშში აანალიზებს გარემოს, რომელიც ხელმიუწვდომელს ხდის ტრანსგენდერი ადამიანებისათვის გენდერის ლეგალურ აღიარებას ქირურგიული ჩარევის გარეშე, საქართველოს მთავრობას მიმართავს რეკომენდაციით:

> *„დაინერგოს ტრანსგენდერი პირებისთვის სახელმწიფო და არასახელმწიფო დაწესებულებების მიერ გაცემულ ყველა ძირითად დოკუმენტში მათი გენდერული იდენტობის ასახვის სწრაფი, გამჭვირვალე და ხელმისაწვდომი პროცედურა ახალი ადმინისტრაციული პრაქტიკის დამკვიდრების გზით გენდერული დისფორიის დიაგნოზის საფუძველზე.*[37]

2014 წელს, WISG-მა მოამზადა ჩრდილოვანი ანგარიში ლბტ ადამიანების მდგომარეობის შესახებ CEDAW კომიტეტში წარსადგენად[38]. ანგარიში, სხვა საკითხებთან ერთად მოიცავდა გენდერის ლეგალური აღიარების პრაქტიკას ქვეყანაში და პრობლემებს, რომლებსაც ტრანსგენდერი პირები აწყდებიან ამ პროცედურის გამო. CEDAW კომიტეტმა იმსჯელა ამ საკითხზე და მოუწოდა სახელმწიფოს მიეღო შესაბამისი ზომები დისკრიმინაციული პრაქტიკის აღმოსაფხვრელად. კერძოდ:

[34]. კომიტეტი შეშფოთებულია:

> *...ე) ძალადობითა და შევიწროებით, რომელსაც ლესბოსელი, ბისექსუალი და ტრანსსექსუალი ქალები განიცდიან; ასევე შეზღუდვებით, რომლებსაც აწყდებიან ტრანსგენდერი ადამიანები პირადობის დამადასტურებელი საბუთების მიღების დროს.*

[35]. კომიტეტი მოუწოდებს სახელმწიფოს:

> *... ე) მიიღოს ზომები ლესბოსელი, ბისექსუალი და ტრანსსექსუალი ქალების მიერ განცდილ ძალადობასა და შევიწროებასთან დაკავშირებით და ასევე გააუქმოს ტრანსგენდერი ადამიანებისათვის პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის მიღების პროცესში არსებული შეზღუდვები.*[39]

---

37 საქართველოს სახალხო დამცველის ანგარიში საქართველოში ადამიანის უფლებათა და თავისუფლებათა დაცვის მდგომარეობის შესახებ. 2013.

38 Natsvlishvili A., Aghdgomelashvili E., Rights of LBT Women in Georgia. Shadow Report for CEDAW. Submitted for the 58th Session. Women's Initiatives Supporting Group (WISG). 2014.

39 CEDAW/C/GEO/CO/4-5. Concluding observations on the combined fourth and fifth periodic reports of Georgia. Adopted by the Committee at its fifty-eighth session (30 June – 18 July 2014).

ჰომოფობიისა და ტრანსფობიის უკიდურესად მაღალი დონე საქართველოში, ლგბტ ჯგუფის (განსაკუთრებით, ტრანსგენდერი ადამიანების) მიმართ ფსიქოლოგიური და ფიზიკური ძალადობის მაღალი მაჩვენებელი, ჯგუფის მარგინალიზაცია, გენდერის სამართლებრივ აღიარებასთან დაკავშირებული პრობლემები, რაც, თავის მხრივ, ზრდის უსახლკარობისა და სიღარიბის რისკს ჯგუფის წევრთა შორის, ტრანსსპეციფიკური ჯანმრთელობის სერვისების შესახებ კლინიკური გაიდლაინების არარსებობა, ტრანზიციისათვის საჭირო სამედიცინო პროცედურების სიძვირე, სამედიცინო პერსონალის დაბალი ინფორმირებულობა ზოგადად ტრანსგენდერობის/ ინტერსექსუალობის შესახებ და ჯგუფის საჭიროებებზე ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში და სხვ., ასევე ხელს უშლის ტრანსგენდერ ადამიანებს, მოიძიონ და მიიღონ ხარისხიანი სამედიცინო დახმარება.

დისკრიმინაციის დაუშვებლობა და სტიგმა

ევროპის მასშტაბით ჩატარებული კვლევები აჩვენებს, რომ ტრანსგენდერი ადამიანების უმეტესობა არატრანსსპეციფიკური ჯანმრთელობის სერვისების მიღებისასაც აწყდებიან მნიშვნელოვან ბარიერებს და დისკრიმინაციულ მოპყრობას სამედიცინო პერსონალის მხრიდან[40]. დისკრიმინაციის დაუშვებლობა, რომელიც გარანტირებულია საქართველოს კონსტიტუციით, ასახულია როგორც ანტიდისკრიმინაციულ, ისე იმ კანონებსა და ეთიკურ სტანდარტებში, რომლებიც არეგულირებს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს.[41] [42]

40 FRA. 2014. Being Trans in the European Union Comparative analysis of EU LGBT survey data.

41 „არ დაიშვება პაციენტის დისკრიმინაცია რასის, კანის ფერის, სქესის, აღმსარებლობის, პოლიტიკური თუ სხვა შეხედულებების, ეროვნული, ეთნიკური და სოციალური კუთვნილების, წარმოშობის, ქონებრივი და წოდებრივი მდგომარეობის, საცხოვრებელი ადგილის, დაადვადების, სექსუალური ორიენტაციის ან პირადული უარყოფითი განწყობის გამო". საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ. მუხლი 6. პუნქტი 1. „ექიმი მოვალეა პაციენტისათვის სამედიცინო დახმარების აღმოჩენის რიგითობა განსაზღვროს მხოლოდ სამედიცინო ჩვენებით". „ საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ. მუხლი 40. „ პაციენტის დისკრიმინაცია რასის, კანის ფერის, ენის, სქესის, გენეტიკური მემკვიდრეობის, რწმენისა და აღმსარებლობის, პოლიტიკური და სხვა შეხედულებების, ეროვნული, ეთნიკური და სოციალური კუთვნილების, წარმოშობის, ქონებრივი და წოდებრივი მდგომარეობის, საცხოვრებელი ადგილის, დაავადების, სექსუალური ორიენტაციის ან პირადული უარყოფითი განწყობის გამო აკრძალულია" საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ. მუხლი 6.

42 „ექიმი თანაბრად, თანაბარი გულისყურით და მზრუნველობით უნდა ეპყრობოდეს ყველა პაციენტს უგამონაკლისოდ . საქართველოს ექიმის ეთიკის კოდექსი: თავი „ექიმი და პაციენტი", პ. 2. „თანაბარი და სამართლიანი დამოკიდებულება პაციენტის მიმართ გულისხმობს, ერთი მხრივ, ყოველგვარი დისკრიმინაციის გამორიცხვას, ხოლო, მეორე მხრივ, პაციენტის ინდივიდუალურ საჭიროებათა გათვალისწინებას. დაუშვებელია ექიმის მიერ პაციენტის დისკრიმინაცია წარმომავლობის, სოციალური მდგომარეობის, აღმსარებლობის, მსოფლმხედველობის, დაავადების ან სხვა რამე ნიშნის გამო. ამასთანავე, პაციენტისთვის სამედიცინო დახმარების

WISG-ის მიერ ჩატარებული კვლევის ფარგლებში ტრანსგენდერ ადამიანებთან ჩაღრმავებულმა ინტერვიუებმა აჩვენა, რომ რესპონდენტების უმეტესობას არ განუცდია დისკრიმინაცია და უარყოფითი დამოკიდებულება ექიმების მხრიდან[43], თუმცა, ეს იმითაც შეიძლება იყოს განპირობებული, რომ რესპონდენტების უმეტესობა თავს არიდებს ექიმებთან მისვლას და თვითმკურნალობას ეწევა. ჩვენი კვლევის ის რესპონდენტები, რომლებიც ისეც ვერ ახერხებენ საკუთარი გარეგნობის სურვილისამებრ შეცვლას, ექიმთან მისვლის შემთხვევაში, უბრალოდ, არ ამჟღავნებენ საკუთარ გენდერულ იდენტობას[44].

ტრანსგენდერ რესპონდენტთა უმეტესობა (10, N=14) აცხადებს, რომ, მათი აზრით, საქართველოში ექიმებს ტრანსგენდერი ადამიანებისადმი უარყოფითი დამოკიდებულება აქვთ[45]. კვლევის მონაწილეებიდან მხოლოდ 4 თვლის, რომ ექიმებს ნორმალური დამოკიდებულება აქვთ ტრანსგენდერი ადამიანების მიმართ, ისიც იმ შემთხვევაში, თუ ექიმი „ჭკვიანი“ და „საქმეში ჩახედულია“. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ რესპონდენტებმა იმ ფაქტორებს შორის, რომლებიც, მათი აზრით, გავლენას ახდენს ხარისხიანი ჯანდაცვის მომსახურების მიღებაზე, პირველ რიგში, სწორედ სამედიცინო პერსონალის უარყოფითი დამოკიდებულება დაასახელეს.

სამედიცინო სერვისის მიმწოდებელთა უმეტესობა თვლის, რომ, ზოგადად, ექიმების უმეტესობა ნეგატიურადაა განწყობილი

გაწევისას გასათვალისწინებელია მისი ინდივიდუალური საჭიროებანი, დაკავშირებული როგორც საკუთრივ ჯანმრთელობასთან, ისე რელიგიურ, ეთნიკურ, ფსიქოლოგიურ, სოციალურ თუ სხვა პიროვნულ მახასიათებლებთან“. ექიმის პროფესიული საქმიანობის წესები. თავი 2.1.1

43 დისკრიმინაციის ფაქტი გაიხსენა ლინამ (25 წლის ტრანსგენდერი ქალი), რომელსაც საკუთარი გენდერული იდენტობის გამო უსიამოვნება შეემთხვა სტომოგოლოგთან: „2 წლის წინ დავდიოდი კბილის ექიმთან, სადაც მიმიყვანა ჩემმა ყოფილმა საყვარელმა ... კბილების გასასწორებლად ... და იქ დავდიოდი და მერე ამ ქალმა გაიგო ჩემზე რაღაც ... ამან უთხრა, თუ ... პრინციპში „ჩაკრასკულიც“ დავდიოდი ხოლმე იმიტომ, რომ თავისუფლად ვგრძნობდი მასთან თავს ... მარა ამ ქალმა რომ გაიგო ... ორი ვიზიტი მქონდა და მერე კიდევ უნდა მივსულიყავი - რამდენიმე კბილს ვიკეთებდი ... და იმ ჩემს მეგობარს სთხოვა, რომ ეს აღარ მოვიდესო ... თვითონ სხვა მიზეზი თქვა, მარა ამ ჩემმა მეგობარმა მითხრა, რომ შენზე გაიგო და იმიტომო ...“; „ეკოს (36 წლის აგენდერი) თქმით, იმ იშვიათ შემთხვევებში, როდესაც ის ექიმთან მიდის, საკუთარ გენდერულ იდენტობაზე საუბარს ერიდება, თუმცა, მას მაინც აშტერდებიან და შენიშვნებს აძლევენ ჩაცმულობის გამო. ასეთი შენიშვნები მისთვის ექიმსაც მიუცია“. ნ. გვიანიშვილი. ტრანსგენდერი ადამიანების მდგომარეობა საქართველოში. WISG. თბილისი, 2014.

44 ტრანსი ადამიანები, რომელთაც სამედიცინო ტრანზიცია არ გაუვლიათ, შესაძლოა, მნიშვნელოვან დისტრესს განიცდიდნენ თავიანთი სხეულის გამოჩენისას. ჯანდაცვის სპეციალისტებს ხშირად ამ მოწყვლოდობის მიმართ სენსიტიურობა აკლიათ. Transgender Health and Human Rights . Discussion Paper. UNDP. 2013

45 შაკო (19 წლის აგენდერი) გვიყვება: „ჩემმა ნათესავმა ერთხელ ძალიან ცუდად იმოქმედა ჩემზე ისეთი რაღაცები მითხრა, ეს ავადმყოფობააო და ისე სასწაულად მელაპარაკა, რომ ... ცრემლებამდე მიმიყვანა და ... თვითონაც ექიმია და არ მგონია, რომ ექიმებს რაღაც განსხვავებული აზრი ჰქონდეთ ... თუნდაც იმიტომ, რომ ტრადიციულები არიან და რელიგიურები, ამის გამო მაინც აგრესიულები იქნებიან“. ნ. გვიანიშვილი. ტრანსგენდერი ადამიანების მდგომარეობა საქართველოში. WISG. თბილისი, 2014.

ტრანსგენდერი (ისევე, როგორც ლგბ) ადამიანების მიმართ[46]. თუმცა, ვერც ერთი მათგანი ვერ იხსენებს ფაქტს, როცა თავად ან მისმა კოლეგამ პაციენტს უარი უთხრა მომსახურებაზე მისი გენდერული იდენტობის გამო. ამასთან, თითქმის ყველა მათგანი მიჯნავს ერთმანეთისაგან პირად განწყობებსა და პროფესიულ ეთიკას[47]. რაც შეეხება პირად დამოკიდებულებებს, შეფასებისას გამოიკვეთა, რომ მათი უმრავლესობა 17 (N=23) არ აძლევს თავს უფლებას, რომ პერსონალურმა დამოკიდებულებამ გავლენა იქონიოს პაციენტთან ურთიერთობაზე და ამჟღავნებს ნეიტრალურ და/ან პოზიტიურ დამოკიდებულებას ტრანსგენდერი ადამიანების მიმართ.

ის რესპონდენტები, რომლებიც სხვა სამედიცინო პერსონალის ნეგატიურ დამოკიდებულებაზე საუბრობენ, ხაზს უსვამენ, რომ, პირველ რიგში, ეს განათლების სიტემაში არსებულ ხარვეზებს, ცოდნის ნაკლებობას, არაინფორმირებულობას უკავშირდება.[48]

სპეციალისტებისინფორმირებისარასაკმარისიდონეტრანსგენდერობისა და ტრანსგენდერი ადამიანების სპეციფიკური საჭიროებების შესახებ ჯანდაცვის სფეროში მნიშვნელოვან პრობლემებს ქმნის პირველადი ჯანდაცვის დონეზე და ეჭვქვეშ აყენებს საჭიროების შემთხვევაში რეფერირების ადეკვატურობასაც.

ტრანსსენსიტიური სამედიცინო მომსახურება

არაერთი კვლევა ადასტურებს, რომ მარგინალიზაცია, სტიგმა და უმცირესობათა სტრესი, სხვა სოციალურ და ეკონომიკურ

46 „საქართველოში ... დავიწყოთ იქიდან, რომ ეს დამოკიდებულება არის ხშირად მტრული, ან თუ არ არის მტრული და არის მეგობრული, არის დამამცირებელი ძალიან, არ ვიცი, ქართულად როგორ არის patronizing, ანუ დამოკიდებულება როგორც ავადმყოფებთან, რომელთა განკურნებაც შესაძლებელია და აქედან გამომდინარე“. ე. აღდგომელაშვილი. ლგბ ჯგუფის საჭიროებების შესწავლა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში.ჩაღრმავებული ინტერვიუები ჯანდაცვის სპეციალისტებთან. ტექნიკური ანგარიში. WISG. თბილისი, 2014.

47 „რაც შეეხება დამოკიდებულებას, აქ არსებობს 2 მომენტი. პირველი მომენტი არის პირადად, როგორც ადამიანის, მიდგომა და ადამიანური პოზიცია „ჰომოს“ მიმართ და მეორე, არსებობს ექიმის პოზიცია. ექიმის და ადამიანის პოზიცია არ არის ერთი და იგივე... ...ჩემი აზრით, მე ვფიქრობ მაინც, რომ ექიმების 90% ალბათ უფრო უარყოფითად იქნებიან განწყობილონი ამ კატეგორიის მიმართ, როგორც ადამიანები და, როგორც ექიმები, ეგ უკვე სხვა თემა არის“. ე. აღდგომელაშვილი. ლგბ ჯგუფის საჭიროებების შესწავლა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში. ჩაღრმავებული ინტერვიუები ჯანდაცვის სპეციალისტებთან. ტექნიკური ანგარიში. WISG. თბილისი, 2014.

48 „მათი ბრალი არაა, რომ ეს ინფორმაცია არ აქვთ, იმიტომ, რომ სამედიცინო ინსტიტუტებში არ ისწავლებოდა და არ ისწავლება დღესაც“. „მე შევაფასებდი ექიმების დამოკიდებულებას, პრინციპში, უფრო, როგორც ჰომონეგატიურს, ვიდრე ჰომონეიტრალურს, მაგრამ ეს იმიტომ, რომ აბსოლუტურად არ აქვთ ადეკვატური ინფორმაცია“. ე. აღდგომელაშვილი. ლგბ ჯგუფის საჭიროებების შესწავლა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში.ჩაღრმავებული ინტერვიუები ჯანდაცვის სპეციალისტებთან. ტექნიკური ანგარიში. WISG. თბილისი, 2014.

ფაქტორებთან ერთად, მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს როგორც ტრანსგენდერი ადამიანების ჯანმრთელობის ზოგად მდგომარეობასა და კეთილდღეობაზე, ისე - ჯანდაცვის სერვისებით სარგებლობასა და მიმართვიანობაზე სპეციალისტებთან.

ჯანდაცვის სფეროში ლგბტი პაციენტები განიცდიან „ოსტრაკიზმს, აგრესიულ დაკითხვას, უხეშ ფიზიკურ მოპყრობას, დამამცირებელ შენიშვნებს, კონფიდენციალობის დარღვევას, შოკს, შეურაცხყოფას, არამეგობრულ დამოკიდებულებას, შეცოდებითა და მოწყალებით მიმართვასა და შიშს“.[49] ისინი „რეაგირებენ ასეთ არასათნადო მოპყრობაზე სამედიცინო დახმარების მიღების გადადებით, ან მალავენ თავიანთ სექსუალურ ორიენტაციას და ამის გამო, შესაძლოა, არასწორი დიაგნოზის დასმის საფრთხე შეექმნათ“.[50] ჰომოფობია, უცოდინრობა და შიში არამხოლოდ ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობას, არამედ გამოკვლევის პროცესსაც აფერხებს,[51] რაც უფრო აძლიერებს არასათანადო მოპყრობის ციკლს.[52]

ჯანდაცვის სპეციალისტებთან ჩატარებული ინტერვიუების ანალიზმა აჩვენა, რომ კვლევის ფარგლებში გამოკითხული სპეციალისტების ნახევარზე მეტი (14, N=23) იზიარებს მოსაზრებას, რომ არსებული სტიგმა და დისკრიმინაცია გავლენას ახდენს ჯანდაცვის სერვისებით სარგებლობასა და მიმართვიანობაზე სპეციალისტებთან.

ტრანსგენდერებთან ჩატარებულმა ჩაღრმავებულმა ინტერვიუებმა აჩვენა, რომ რესპონდენტების უმეტესობა (12, N=14) არ იტარებს რეგულარულ პროფილაქტიკურ სამედიცინო გამოკვლევებს ჯანმრთელობის ზოგადი მდგომარეობის შესამოწმებლად. ამის მიზეზად სახელდება: ჯანმრთელობის კარგი მდგომარეობა ან ამგვარი გამოკვლევების ჩატარების საჭიროების ნაკლებობა, ფინანსური მდგომარეობა, დაზარება და უხერხულობის გრძნობა ექიმებთან, რაც რამდენიმე რესპონდენტმა საკუთარ გენდერულ თვითგამოხატვასა და ბიოლოგიურ სქესს შორის განსხვავებას დაუკავშირა.

აივ/შიდსი და სგგი

აივ/შიდსის, სგგი-ს გავრცელებისა და პრევენციის თვალსაზრისით განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება ცალკეული მოწყვლადი ჯგუფების საჭიროებების კვლევასა და მათ გათვალისწინებას პრევენციის

49 გზამკვლევი ჯანმრთელობისა და ადამიანის უფლებათა საკითხებზე. „ღია საზოგადოება - საქართველო“. 2014.

50 იქვე

51 იქვე.

52 იქვე

სტრატეგიის შემუშავებისას. მარგინალიზაციის, უმუშევრობისა და უსახლკარობის მაღალი რისკის გამო, ტრანსგენდერი ადამიანების ერთი ნაწილი იძულებული ხდება, კომერციულ სექს-მუშაკად იმუშაოს, რაც ზრდის აივ-ით და სგგი-ით ინფიცირების რისკებსა და საფრთხეებს. ბოლო რამდენიმე წლის განმავლობაში გაეროს აივ/შიდსზე მომუშავე (UN-AIDS) და მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის (WHO) გაერთიანებული პროგრამა განსაკუთრებულ ყურადღებას უთმობს ამ საკითხებს[53].

2013 წელს საინფორმაციო-საკონსულტაციო ფსიქოლოგიურმა ცენტრმა „თანადგომამ" ჩაატარა კვლევა, რომელიც მიზნად ისახავდა ტრანსგენდერი ადამიანების აივ-თან დაკავშირებული სერვისების მოთხოვნის, საჭიროებისა და ხელმისაწვდომობის შესწავლას. კვლევამ აჩვენა, რომ: *„რესპონდენტთა უმეტესობას აქვს ცოდნა აივ-ინფექციის, შიდსის, გადაცემის გზებისა და პრევენციის შესახებ. ამასთან, გაცნობიერებული აქვთ დაინფიცირების რისკი, თუმცა, დაუცველი სქესობრივი ურთიერთობა მაინც აქვთ. მიზეზად ასახელებენ კომერციული კლიენტის დაკარგვის შიშს (შესაძლოა, მათ უარი უთხრან, თუ პრეზერვატივს გამოიყენებენ) და ნდობის ფაქტორი „მუდმივ პარტნიორთან". ყველა მათგანს ჩატარებული ჰქონდა აივ-ტესტი და სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულებას აღწერდა, როგორც ნორმალურს. ამასთან ხაზს უსვამდნენ, რომ უფასო სერვისის მიღება (ტესტირება) მათთვის მნიშვნელოვანია ეკონომიკური ფაქტორების გამო... ... მათი უმეტესობა ასევე აუცილებლად მიიჩნევს უფასო თავდაცვის საშუალებებზე ხელმისაწვდომობას. ეკონომიკური ფაქტორის გარდა, მათი თქმით, ყოფილა შემთხვევა, რომ აფთიაქში დასცინეს და აღარ მოისურვეს მეორედ იქ შესვლა"*[54].

რაც შეეხება WISG-ის მიერ ჩატარებულ საჭიროებათა კვლევას, აღმოჩნდა, რომ: რესპონდენტების უმეტესობა არ იტარებს სისტემატურ რეგულარულ გამოკვლევებს, თუმცა, გაცილებით უფრო მეტ ყურადღებას აქცევს აივ/შიდსისა და სექსუალური გზით გადამდები ინფექციების ტესტირებას. აივ/შიდსა და სგგი-ზე ტესტირებას მონაწილეები იკეთებენ „თანადგომაში" ან/და „შიდსის ცენტრში". ზემოხსენებულ ორ ორგანიზაციაში მათ მიმართ მოპყრობას რესპონდენტები აფასებენ, როგორც მეგობრულსა და პროფესიულს. ამასთან, თუ გავითვალისწინებთ, რომ აღნიშნული სერვისები უფასოა და ხელმისაწვდომია მათთვის, სწორედ ეს ორი ფაქტორი უნდა განაპირობებდეს ამ სერვისებით სარგებლობის მაღალ

53 UNAIDS / WHO (2011) Technical Guidance for Global Fund HIV Proposals Round 11; WHO (2013) Joint Technical Brief: HIV, Sexually Transmitted Infections and Other Health Needs among Transgender People in Asia and the Pacifi c.

54 სამხრეთ კავკასიაში ტრანსგენდერებისათვის აივ-თან დაკავშირებული სერვისების მოთხოვნის, საჭიროების და ხელმისაწვდომობის შესწავლა. ხარისხობრივი კვლევის ანგარიში, საინფორმაციო სამედიცინო-ფსიქოლოგიური ცენტრი „თანადგომა". თბილისი. 2013

მაჩვენებელს.[55] რესპონდენტებიდან 9-ს აქვს გაკეთებული ანალიზი აივ/შიდსსა და სხვა სგგი-ზე გასული წლის განმავლობაში. მათ შორის, ვისაც ეს ანალიზი არ გაუკეთებია წელიწადზე მეტი ხნის განმავლობაში, მიზეზად ასახელებს ერთი პარტნიორის ყოლას და მისადმი ნდობას, თავდაცვის საშუალების რეგულარულ გამოყენებასა და ზოგ შემთხვევაში სექსუალური ცხოვრების არქონას ამ ეტაპზე.

ფსიქიკური ჯანმრთელობა და უმცირესობათა სტრესი

ტრანსგენდერი ადამიანები განსაკუთრებით მოწყვლადები არიან გენდერული ძალადობის თვალსაზრისით. ისინი ხშირად ხდებიან სიძულვილით მოტივირებული დანაშაულის მსხვერპლნი, წლების განმავლობაში სისტემატურად განიცდიან ფსიქოლოგიურ ძალადობას როგორც ოჯახის წევრების, ისე - მათი გარემოცვის სხვა წევრებისა და უცნობი ადამიანების მხრიდან. ძალადობის გამოცდილება და ტრანსფობიური გარემო მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს მათ ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე. უმცირესობის სტრესი და ინტერნალიზებული ტრანსფობია ხშირად უბიძგებს მათ თვითდესტრუქციული ქცევებისაკენ[56].

ბევრი ტრანსგენდერი ადამიანი პირველადი ჯანდაცვის სპეციალისტებისა და მეგობრების მხარდაჭერაზეა დამოკიდებული, მაგრამ ყველა მათგანს არ შეუძლია, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოტენციურად საფრთხის შემცველი ისეთი საკითხები აღმოაჩინოს, როგორებიცაა შფოთვითი მდგომარეობები, დეპრესია, სუიციდური აზრები, ფსიქოზი. ამ შემთხვევებში ფსიქიატრისგან აუცილებელი სპეციალური მეთვალყურეობა, შესაძლოა, სასიცოცხლო მნიშვნელობის იყოს. იმ ფსიქიატრთა რაოდენობა, რომლებიც კომპეტენტურნი და მოტივირებულნი არიან, გაითვალისწინონ ტრანსგენდერი ადამიანების სპეციფიკა, ცოტაა[57].

---

55 იგივე შეიძლება ითქვას სხვა კვალიფიციურ მომსახურებაზე (მაგ. ფსიქოლოგიურ და სექსოლოგიურ კონსულტაციებზე), რომლებსაც ისინი არასამთავრობო ორგანიზაციების მეშვეობით იღებენ: სერვისის ხელმისაწვდომობა და არატრანსფობიური გარემო პირდაპირ ახდენს გავლენას სერვისებით სარგებლობაზე.

56 Meyer, I. H. (2006). Prejudice and discrimination as social stressors. In M. IH & N. ME (Eds.), The Health of Sexual Minorities: Public Health Perspectives on Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Populations (pp. 242-267). New York, NY: Springer Science and Business Media.; Meyer, I. H., & Northridge, M. E. (Eds.). (2007). The health of sexual minorities: Public health perspectives on lesbian, gay, bisexual and transgender populations. New York: Springer.; Herek, G. M., Gillis, J. R., & Cogan, J. C. (1999). Psychological sequelae of hate-crime victimization among lesbian, gay, bisexual and transgender adults.Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67, 945-951; D'Augelli, A. R., & Grossman, A. H. (2001). Disclosure of sexual/gender orientation, victimization, and mental health among lesbian, gay, bisexual and transgender older adults. Journal of Interpersonal Violence, 16, 1008-1027.

57 HIV, Sexually Transmitted Infections and Other Health Needs among Transgender People in Asia and the Pacific, joint regional technical brief, WHO. 2013

ჩვენ მიერ ჩატარებული კვლევის[58] მონაწილეებიდან მხოლოდ ორს არ მიუმართავს ფსიქოლოგისთვის გასული ორი წლის განმავლობაში (N=14). რესპონდენტები ძირითადად სარგებლობენ ლგბტ ორგანიზაციების მიერ მიწოდებული უფასო ფსიქოლოგიური კონსულტაციებით და, რამდენიმე შემთხვევის გარდა, სრულ კმაყოფილებას გამოხატავენ მომსახურებასთან დაკავშირებით.

ცალკეული რესპონდენტებისა და ასევე მთელი ჯგუფის ფსიქოლოგიური მდგომარეობის გასაზომად კვლევაში გამოვიყენეთ „დეპრესიის შკალა“. დეპრესიული განწყობების საშუალო სტატისტიკური მაჩვენებელი ჯგუფში არის 25, რაც მისაღებზე (16) უფრო მაღალია. რაც, ზოგადად, შეიძლება, უკავშირდებოდეს ზემოთ აღწერილ ძალადობისა და დისკრიმინაციის გამოცდილებებს, ისევე, როგორც ცალკეული რესპონდენტების ფსიქიკურ პრობლემებს, რომლებიც შეიძლება, არ იყოს კავშირში მათ გენდერულ იდენტობასთან. ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი 45 და 39 აჩვენა ორმა რესპონდენტმა, რომლებსაც დეპრესიის საკმაოდ ხანგრძლივი გამოცდილება აქვთ და ამჟამადაც მკურნალობის პროცესში არიან.

ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი დეპრესიის შკალაზე აჩვენა ორმა ტრანსგენდერმა კაცმა, რომლებიც სამ წელიწადზე ნაკლებია, რაც ტრანზიციის პროცსში იმყოფებიან. ამავე დროს, კოტემ, ტრანსგენდერმა კაცმა, რომელსაც ტრანზიცია 7 წელია, დაწყებული აქვს, დეპრესიის ასევე მისაღებზე მაღალი მაჩვენებელი (23) აჩვენა.[59] სხვა მხრივ თითოეულ რესპონდენტს, რომელსაც დეპრესიის შკალაზე მაღალი მაჩვენებელი აქვს, ბოლო ორი წლის განმავლობაში განუცდია ან ამჟამად განიცდის ფაქტორებს, რომლებიც შეიძლება, იქცეს დეპრესიული განწყობის წამახალისებლად.

ფინანსური ხელმისაწვდომობა

2014 წლის კვლევის შედეგად გამოვლინდა, რომ რესპონდენტების უმეტესობა (12) არ იტარებს რეგულარულ პროფილაქტიკურ სამედიცინო გამოკვლევებს ჯანმრთელობის ზოგადი მდგომარეობის დასადგენად. ამის ერთ-ერთ მიზეზად რესპონდენტები ფინანსურ მდგომარეობას ასახელებენ.

თოთხმეტი რესპონდენტიდან სამედიცინო დაზღვევა აქვს მხოლოდ 5-ს,

58 ნ. გვიანიშვილი. ტრანსგენდერი ადამიანების მდგომარეობა საქართველოში. WISG. თბილისი, 2014.

59 საინტერესო იქნება, მომავალში ტრანზიციის ხანგრძლივობისა და მისი თანმდევი ფაქტორების კვლევა დეპრესიული განწყობების ზრდასა და შემცირებასთან მიმართებაში.

აქედან 3-ს საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევა (მათ შორის, ერთი - სტუდენტური), ხოლო 2-ს - კერძო. იმ რესპონდენტებიდან, ვისაც სამედიცინო დაზღვევა არ აქვს, მიზეზებად სახელდება „ინტერესისა და საჭიროების ნაკლებობა“, ფინანსური სახსრების უკმარისობა და დაზღვევისათვის საბუთების წარდგენის დროს აპლიკანტის გარეგნობასა და საბუთებს შორის განსხვავებების ახსნის სტრესი. გამოკითხვის შედეგად აღმოჩნდა, რომ ზემოხსენებული 9 რესპონდენტი არ გასცნობია ინფორმაციას იმის შესახებ, თუ როგორ შეეძლოთ, ჩართულიყვნენ საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამაში.

რაც შეეხება ტრანსსპეციფიკურ ჯანმრთელობის სერვისებს, სქესის კვლავმინიჭების მომსახურება საქართველოში არსებობს, მაგრამ ამასთან დაკავშირებული ხარჯების გაწევა თავად პაციენტებს უწევთ (მაშინ, როდესაც სხვა სამედიცინო პროცედურების ხარჯები, მაგალითად, სხვადასხვა ანალიზები, კბილის ექიმის მომსახურება, მშობიარობა და ა.შ. შეიძლება, საქართველოში არსებული სხვადასხვა კერძო თუ სახელმწიფო სადაზღვევო პაკეტებით იფარებოდეს).

საქართველოს მთავრობის N77 დადგენილების[60] საფუძველზე გარკვეული კატეგორიების სამედიცინო ოპერაციები სრულად ან ნაწილობრივ ფინანსდება სახელმწიფოს მხრიდან. ოპერაციათა ჩამონათვალი და სახელმწიფო დაფინანსების კრიტერიუმები ძირითადად განპირობებულია დაავადებათა მნიშვნელოვანებითა და სამედიცინო ოპერაციის ბენეფიციართა დაბალი სოციალური ან სპეციფიკური სოციალური სტატუსით. ტრანსგენდერი ადამიანებისთვის სქესის კვლავმინიჭების პროცედურები, მისი მაღალი სოციალური მნიშნველოვანების მიუხედავად, არ არის წარმოდგენილი არც ერთ სამართლებრივ აქტში. საქართველოში არსებული სიღარიბისა და უმუშევრობის დონის გათვალისწინებით, ბევრისათვის სქესის კვლავმინიჭებისათვის აუცილებელი პროცედურებისათვის საჭირო ხარჯები შეიძლება, ფინანსურად ხელმიუწვდომელი იყოს.[61]

სხვადასხვა მონაცემებითა და გათვლებით, ტრანზიციის სრული პროცესის ღირებულება მერყეობს 12 000-დან 20 000 აშშ დოლარის ფარგლებში[62]. თუ გავითვალისწინებთ, რომ ტრანსგენდერ ადამიანთა

---

60 საქართველოს მთავრობის 77-ე დადგენილება „2011 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“. 15.02.2011.

61 ტრანსგენდერთა საჭიროებების კვლევის მასალები ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში. „იდენტობა“ 2012

62 იმის გამო, რომ ტრანზიციისათვის საჭირო პროცედურები და რიგითობა არაა გაწერილი რეგულირებული სახელმწიფოს მიერ, ასევე ის ფაქტი, რომ როგორც კონსულტაციების რაოდენობა, ისე პრე და პოსტოპერაციული ჰორმონალური თერაპიის კურსის ხანგრძლივობა, ტრანზიციისათვის საჭირო პროცედურების რაოდენობა დამოკიდებულია ცალკეული ექიმის გადაწყვეტილებაზე, კონკრეტული ინდივიდის ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და სხვა

უმეტესობა სერიოზულ პრობლემებს აწყდება დასაქმების სფეროში პირადობის დამადასტურებელ დოკუმენტებში მათი გენდერის შეუსაბამო ჩანაწერის არსებობის გამო (რაც, დღეს არსებული პრაქტიკიდან გამომდინარე ტრანზიციის პროცესის სრულ გავლას ითვალისწინებს) და ხშირად იძულებულია, დათანხმდეს დაბალანაზღაურებად და არაკვალიფიციურ სამუშაოზე, მათთვის ფინანსურად ხელმიუწვდომელი რჩება ტრანზიციისათვის საჭირო პროცედურები[63]. ამგვარად, იკვრება ერთგვარი მანკიერი წრე, რომლიდან თავის დაღწევაც საკმაოდ ძნელია შესაბამისი რეგულაციების ან სახელმწიფოს მხრიდან სპეციალური ზომების გატარების გარეშე.

ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების უფლება

ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების მიღების უფლება საქართველოში რეგულირდება როგორც საკანონმდებლო დონეზე[64], ისე - ქვეყანაში მოქმედი ეთიკური და სამედიცინო სტანდარტებით.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლზე სახელმწიფოს უპირატესი როლი განსაზღვრულია კანონით.[65] ხარისხის კონტროლის მექანიზმები მოიცავს როგორც სამედიცინო დაწესებულების ლიცენზირებას, ისე - ექიმების სერტიფიცირების სისტემას და კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული სახელმძღვანელოების შემუშავებას[66].

ბოლო რამდენიმე წელია, ექიმთა სერტიფიცირებისა და რესერტიფიცირების სისტემა შეჩერებულია. რაც შეეხება კლინიკურ გაიდლაინებს, მიუხედავად იმისა, რომ ტრანსსპეციფიკური სამედიცინო სერვისები ხელმისაწვდომია საქართველოში (არ იგულისხმება ფინანსური ხელმისაწვდომობა), დღემდე არ არსებობს კლინიკური გაიდლაინი, რომელშიც გაწერილი იქნებოდა სქესის ტრანზიციასთან დაკავშირებული სადიაგნოზო და სამკურნალო ღონისძიებები.

დამატებით ფაქტორებზე, ძნელია განისაზღვროს პროცედურების ზუსტი ღირებულება.

63 მაგ.2014 წელს, ჩვენს მიერ გამოკითხული 14 რესპონდენტიდან ხუთი თვითდასაქმებულია, 4 - უმუშევარი, 5 - სრულ განაკვეთზეა დასაქმებული. დასაქმებულთაგან, სამი რესპონდენტის შემოსავალი 300-დან 700 ლარამდეა, ოთხის 700-დან 1000 ლარამდე, ორის 100-დან 300-მდე, ერთის - 500-700 ლარის ფარგლებში მერყეობს, ერთის 100 ლარზე ნაკლებია.

64 „საქართველოს თითოეულ მოქალაქეს უფლება აქვს, სამედიცინო მომსახურების ყველა გამწევისაგან მიიღოს ქვეყანაში აღიარებული და დანერგილი პროფესიული და სამოსამსახურეო სტანდარტების შესაბამისი სამედიცინო მომსახურება“. კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, მუხლი 5.

65 „ყველა სამედიცინო დაწესებულების სამედიცინო საქმიანობის ხარისხის კონტროლს დადგენილი წესით აწარმოებს საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო“. საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ. მუხლი 63

66 კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, მუხლი 16, პუნქტი ბ’

ბიოეთიკის საბჭოს 2008 წლის რეკომენდაციაში „ადამიანის მიერ სქესის შეცვლის თაობაზე“ მოცემულია ზოგადი მითითებები ეთიკურ და პროფესიულ სტანდარტებზე. რაც შეეხება უშუალოდ სამედიცინო პროცედურების ხანგრძლივობას, რიგითობასა და მკურნალობის ფორმების შერჩევას, მინდობილია ცალკეულ სპეციალისტებზე:

„... საქართველოს კანონმდებლობა დღეს სქესის შეცვლის საკითხს სპეციფიკურად არ აწესრიგებს. ისევე, როგორც სხვა სამედიცინო მომსახურების დროს, ამ შემთხვევაშიც, ექიმმა უნდა იხელმძღვანელოს ჯანდაცვის ზოგადი კანონმდებლობით (კანონები „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, „პაციენტის უფლებების შესახებ“, „საექიმო საქმიანობის შესახებ“), რაც გულისხმობს ინფორმირებული თანხმობის მიღებას, კონფიდენციალობასა და სხვა ეთიკური, ასევე პროფესიული სტანდარტების დაცვას... ...სქესის შეცვლის საკითხზე რამე საკანონმდებლო ინიციატივა საჭირო არ არის. აღნიშნული ჩარევა უნდა განხორციელდეს არსებული კანონმდებლობის დაცვითა და პროფესიული სტანდარტების გათვალისწინებით. გადაწყვეტილება ოპერაციის ჩატარების შესახებ უნდა ეფუძნებოდეს პაციენტის ნებას და ექიმის პასუხისმგებლობას.“[67]

რაც შეეხება სავალდებულო სამედიცინო მეთვალყურეობის ხანგრძლივობას, ჩასატარებელი გამოკვლევების ტიპსა და შეზღუდვებს ასაკთან დაკავშირებით, ბიოეთიკის საბჭო მიიჩნევს, რომ ეს საკითხები უნდა მოწესრიგდეს „პროფესიული სტანდარტებით და მათი განსაზღვრა უნდა მოხდეს სპეციალისტების მიერ“. (იქვეა მითითება იმის თაობაზე, რომ პაციენტი უნდა იყოს ქმედუნარიანი და გადაწყვეტილების მიღების მომენტში ჰქონდეს გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარი)[68].

შეიძლება ითქვას, რომ ბოლო ათწლეულში ტრანსგენდერობასა და ტრანსსპეციფიკურ სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებულ ცვლილებებს ფუნდამენტური ხასიათი აქვს როგორც დიაგნოსტირების, ისე - ზრუნვისა და მკურნალობის პროცესში. ტერმინოლოგიის ცვლილების, ტრანსგენდერობის დეპათოლოგიზაციის, გენდერ-აფირმაციული თერაპიის ფორმების დამკვიდრების პარალელურად მიმდინარეობს ინტენსიური კვლევები, რომლებიც ორიენტირებულია ტრანზიციასთან დაკავშირებული პროცედურების/მკურნალობის გავლენაზე პაციენტების ჯანმრთელობაზე და სხვ. აღნიშნული საკითხების რეგულაციის ცალკეული ექიმების დისკრეციაზე მინდობა

---

67 ბიოეთიკის ეროვნული საბჭოს რეკომენდაცია ადამიანის მიერ სქესის შეცვლის თაობაზე. 20.02.2008.

68 იქვე.

კითხვის ნიშნის ქვეშ აყენებს ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების საკითხს ტრანსგენდერი ადამიანებისათვის საქართველოში.

ეროვნული კლინიკური გაიდლაინის არარსებობას რომელშიც დაწვრილებით იქნებოდა გაწერილი დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და ზრუნვის შესაბამისი სტანდარტები, „სარგებლიანობისა“ და პაციენტისათვის „ზიანის მიუყენებლობის“[69] პრინციპების გათვალისწინებით, ერთ-ერთ მნიშვნელოვან პრობლემად ასახელებს ჩვენ მიერ გამოკითხულ ექიმთა ის ჯგუფიც, რომელიც უშუალოდ ახორციელებს ამ სერვისს[70]. ამასთან, ხაზს უსვამენ მათი, როგორც უშუალოდ საკითხზე მომუშავე სპეციალისტების, ჩართულობის აუცილებლობას აღნიშნული გაიდლაინის მომზადების/ადაპტაციის პროცესში.

ჯანდაცვის სპეციალისტების ინფორმირებულობა და ცოდნა ტრანსგენდერობასთან დაკავშირებულ საკითხებზე

ჯანდაცვის სპეციალისტებმა „შეიძლება, არ იცოდნენ ტრანსგენდერი ადამიანების სპეციფიკური საჭიროებები ჯანდაცვის სფეროში ან აკლდეთ პროფესიული მომზადება, რაც აუცილებელია ამ საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად“[71], რაც, თავის მხრივ, გავლენას ახდენს მომსახურების ხარისხზე.

ჩვენმა გამოკითხვამ აჩვენა[72], რომ რანდომიზაციის გზით შერჩეულ ჯანდაცვის მუშაკებს საკმაოდ ბუნდოვანი ცოდნა აქვთ (ან საერთოდ არ აქვთ) გენდერული იდენტობის/ტრანსგენდერობის შესახებ. ერთი ნაწილი

---

69 „**სარგებლიანობა** გულისხმობს პაციენტის სიცოცხლისა და ჯანმრთელობისათვის მაქსიმალურად სასარგებლო გადაწყვეტილების მიღებას; პაციენტისათვის მიცემული ნებისმიერი რჩევის, ნებისმიერი სამედიცინო ჩარევის უპირველესი მიზანი უნდა იყოს პაციენტისათვის სარგებლობის მოტანა (იგულისხმება პაციენტის სიცოცხლე და ჯანმრთელობა)“. „ **ზიანის მიუყენებლობა** გულისხმობს სამედიცინო მომსახურების გაწევის პროცესში ზიანის თავიდან აცილებას. მიუხედავად იმისა, რომ ნებისმიერი სამედიცინო ჩარევის მიზანი პაციენტისათვის სარგებლობის მოტანაა, ნებისმიერ ჩარევას ახლავს გარკვეული ზიანის მიყენების ალბათობა; სამედიცინო პერსონალი მუდამ უნდა ცდილობდეს სარგებლობის მაქსიმალურად გაზრდას და ზიანის მინიმუმამდე შემცირებას; ამასთან, ნებისმიერი სამედიცინო ჩარევისას მოსალოდნელი სარგებლობა უნდა აღემატებოდეს სავარაუდო ზიანს“. ადამიანის უფლებების საკითხებზე საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მოქმედი რეგულაციებისა და ეთიკის ნორმების მიმოხილვა და ანალიზი. გ. ჯავაშვილი, გ. კიკნაძე, ნ. ქუთათელაძე. თბილისი. 2013.

70 „ადაპტირებისთვის საჭიროა რაღაც ინფორმაციის ქონა, რომელიც არ არის და ამ მომენტისთვის ვერ ვიტყვი, რამდენად მორგებულია ან არა (იგულისხმება სამედიცინო კლასიფიკატორები). სახელმწიფო უნდა არეგულირებდეს ამას. განსაკუთრებით დასარაგულირებელია სამედიცნო ჩარევა. როგორ შეიძლება, რაღაც კეთდებოდეს ქვეყანაში და ეს არ იყოს სახელმწიფო რეგულირების ქვეშ. ლგბტ საჭიროებების კვლევა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში. ჩაღრმავებული ინტერვიუები ჯანდაცვის სპეციალისტებთან. ტექნიკური ანგარიში. WISG 2014.

71 OHCHR (2011) para. 57; Hammarberg, T. (2009) Gender Identity and Human Rights: Issue Paper, Strasbourg: Council of Europe, para. 3.3.

72 ლგბტ ჯგუფის საჭიროებების კვლევა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში. ჩაღრმავებული ინტერვიუები ჯანდაცვის სპეციალისტებთან. ტექნიკური ანგარიში. WISG, 2014

ვერ ახდენს ზუსტ ფორმულირებას, თუმცა, მას განმარტავს, როგორც „საკუთარი სქესის თვითაღქმის პრობლემას". ნაწილი ვერ მიჯნავს სექსუალურ ორიენტაციასა და გენდერულ იდენტობას ერთმანეთისაგან.

სპექტრი, რომლითაც რესპონდენტები აღწერენ გენდერულ იდენტობას/ ტრანსგენდერობას, საკმაოდ ფართოა: ავადმყოფობა, გადახრა, ცოდვა, პათოლოგია, „გადახვევა ჯანსაღი ცხოვრების წესიდან", „თანასწორუფლებიანობა ქალსა და კაცს შორის".... 23-იდან მხოლოდ 3 რესპონდენტი მიჯნავს ერთმანეთისაგან ტრანსგენდერობასა და გენდერულ დისფორიას. სამივე მათგანს აქვს ტრანსგენდერებთან მუშაობის კლინიკური გამოცდილება და იცნობს DSM V-ს.

საქართველოში მომუშავე სპეციალისტები დიაგნოსტირებისას ხელმძღვანელობენ ICD-10 კლასიფიკატორით, რომელიც გაცილებით ხისტია ტრანსგენდერობის სპექტრის აღწერის თვალსაზრისით, ვიდრე - DSM-IV ან DSM-V. ჩვენს შეკითხვაზე, თუ რომელი კლასიფიკატორი უფრო მოქნილია ტრანსგენდერული სპექტრის აღსაწერად, რესპონდენტები (ჯანდაცვის სპეციალისტები) სხვადასხვაგვარად პასუხობდნენ. ამასთან, სპეციალისტების საკმაოდ მცირე რაოდენობა იცნობდა იმ ცვლილებებს, რაც ტრანსგენდერობას უკავშირდება DSM-V-ში (აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ აღნიშნული ტენდენცია მკაფიოდ უკავშირდებოდა გამოკითხულთა კლინიკურ გამოცდილებას და არა სხვა რამე ფაქტორებს: მაგ. ასაკობრივ ჯგუფს, განათლებას, სპეციალობას და ა.შ.)

სქესის, გენდერისა და გენდერული იდენტობების გამიჯვნა საკვანძო საკითხს წარმოადგენს ტრანსსპეციფიკური საკითხების დეპათოლოგიზაციის პროცესში.

კლასიფიკატორის ქართულენოვან გამოცემებში კი პრობლემურად რჩება სქესისა და გენდერის ტერმინოლოგიური აღრევები (მაგ. "gender identity disorder" (F64) ნათარგმნია, როგორც „სქესობრივი იდენტიფიკაციის დარღვევები"[73] „სქესობრივი იდენტურობის აშლილობა"[74]. სამედიცინო სახელმძღვანელოებსა და რეზიდენტურის მოდულებში „გენდერი" ასევე ნათარგმნია, როგორც - „სქესი"[75]. კიდევ ერთ სახელმძღვანელოში, რომელიც 2013 წელს გამოიცა ქართულ ენაზე (ოქსფორდის მოკლე სახელმძღვანელო ფსიქიატრიაში. მეხუთე გამოცემა), ტრანსსპეციფიკური საკითხები გაერთიანებულია

73 თ. სილაგაძე, ლ. მენთეშაშვილი. ფსიქიკურ დაავადებათა დიაგნოსტიკა ICD-10-ის კრიტერიუმების მიხედვით (დამხმარე სახელმძღვანელო). თბილისი. 2009.

74 ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ფსიქიატრიის ლექსიკონი. საქართველოს ფსიქიატრთა საზოგადოება. თბილისი. 2005

75 მაგალითისთვის ასევე შეგიძლიათ იხ. რეზიდენტურის პროგრამა პედიატრიაში. მუხლი 3. მოდული 3. განვითარებისა და ქცევის პედიატრია. პ) „სექსუალური ქცევის/სქესის იდენტიფიკაციის დარღვევები: ონანიზმი, ტრანსსექსუალიზმი, ტრანსვესტიზმი, ჰომოსექსუალიზმი".

„გენდერული იდენტობის ანომალიების“ ქვეთავში[76]). გამონაკლისს წარმოადგენს მ. ჭავჭანიძის ნაშრომი კლინიკურ სექსოლოგიაში, რომელიც არათუ მკაფიოდ ახდენს როგორც სქესის და გენდერის გამიჯვნას ერთმანეთისგან, ასევე აღწერს ორივე მათგანს და ეხება ტრანსსპეციფიკურ საკითხებსაც[77]. ზემოაღნიშნული ნათლად აჩვენებს, თუ რამდენად პრობლემურია გენდერულ იდენტობასთან დაკავშირებული საკითხების არტიკულაცია ჩვენს აკადემიურ სივრცეში.

სამედიცინო პერსონალის დაბალი ინფორმირებულობა ტრანსსპეციფიკურ საკითხებსა და საჭიროებებზე ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ფაქტორია, რომელიც გავლენას ახდენს ჯანმრთელობის უმაღლესი სტანდარტის ხელმისაწვდომობაზე ტრანსგენდერი, ინტერსექსი და გენდერულად არაკონფორმული ადამიანებისათვის.

მათ, ვისაც რამე სახის ცოდნა აქვს გენდერული იდენტობის შესახებ, ხაზს უსვამს, რომ ეს ცოდნა მან უმაღლესის დამთავრების შემდეგ შეიძინა კლინიკური გამოცდილების პარალელურად ან ტრენინგებზე. უნდა აღინიშნოს, რომ ამ თვალსაზრისით, დღეს არსებული სახელმძღვანელოები და მეთოდოლოგიაც არ შეესაბამება თანამედროვე სტანდარტებს და არ ასახავს ბოლო წლებში დაგროვებული კლინიკური გამოცდილებისა თუ კვლევების შედეგებსა და საუკეთესო სამედიცინო პრაქტიკებს. ამასთან, გამოკითხულთა უმეტესობა აცხადებს მზაობას, აიმაღლოს განათლება ამ საკითხებთან დაკავშირებით.

როგორც საგანმანათლებლო, ისე კლინიკური კვლევებისა და გამოცდილების სიმწირის გამო, ტრანსგენდერი ადამიანების სპეციფიკური საჭიროებების შესახებ ცოდნა ძალიან ცოტას აქვს[78]. პრინციპში, შეიძლება ითქვას, რომ იმ სპეციალისტებს შორისაც კი, ვისაც უშუალო შეხება აქვს ტრანსგენდერ ადამიანებთან, მხოლოდ სამია ასეთი.

დანარჩენი გამოკითხულებისათვის, პირველადი ჯანდაცვის სპეციალისტების ჩათვლით, ტრანსგენდერი ადამიანების საჭიროებები შემოიფარგლება: 1) ფსიქოლოგის/ფსიქიატრის კონსულტაციებით; 2) ფსიქიატრის კონსულტაციებითა და სქესის შეცვლის ოპერაციით; 3) სარისკო სქესობრივ ქცევასთან დაკავშირებული პრობლემებით; რაც

76 მ. გელდერი, პ.ჰარისონი, ფ.ქოუენი. ოქსფორდის მოკლე სახელმძღვანელო ფსიქიატრიაში. ფონდი „გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში“. აღნიშნული სახელმძღვანელო გამოცემულია 2006 წელს და ეყრდნობა DSM-IV-ს.

77 მ. ჭავჭანიძე. კლინიკური სექსოლოგიის პროპედევტიკა. თბილისი. 2014

78 „სპეციფიური საჭიროება, რაც არ აქვს სხვას, არა, რატომ უნდა ჰქონდეს“; „ურიგო არ იქნება, ზოგადი ინფორმაციისთვის იცოდე, უბრალოდ ასეთი მწვავე აუცილებლობა არ არის, რადგან ძალიან განსაკუთრებული ჩივილები წესით არ უნდა ქონდეს. მე რაც მაქვს პრაქტიკაში ურთიერთობა იქიდან გამომდინარე ვიძახი“. ლგბტ ჯგუფის საჭიროებების კვლევა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში. ჩაღრმავებული ინტერვიუები ჯანდაცვის სპეციალისტებთან. ტექნიკური ანგარიში. WISG, 2014

შეიძლება აიხსნას, ერთი მხრივ, ტრანსგენდერობის პათოლოგიზაციით და, მეორე მხრივ, გენდერის აღქმის გავრცელებული ბინარული ჩარჩოთი და მწირი ცოდნით როგორც ტრანსგენდერობის, ისე - გენდერული ვარიაციების შესახებ.

ტრანსსპეციფიკური ჯანმრთელობის სერვისები

დღეს არსებული მდგომარეობით, ტრანსგენდერობა სრულად არის მედიკალიზებული და პათოლოგიზებული საქართველოში და არ ითვალისწინებს ტრანსგენდერობის ფართო სპექტრს. ავტომატურად ითვლება, რომ უკლებლივ ყველა ტრანსგენდერისა და გენდერულად არაკონფორმული ადამიანის საბოლოო მიზანი სქესის კვლავმინიჭების ოპერაციის ჩატარებაა, რაც არ შეესაბამება სხვა ქვეყნებში კლინიკური გამოცდილებით მიღებულ შედეგებს.[79] ტრანსგენდერობის ფსიქიკურ აშლილობად კლასიფიცირება გულისხმობს იმას, რომ ტრანსგენდერი ადამიანები უნდა დაექვემდებარონ ფსიქიატრიულ შეფასებას სასურველი ჰორმონული და ქირურგიული მკურნალობის სერვისების მისაღებად. საქართველოში მცხოვრები ტრანსგენდერი ადამიანებისათვის სიტუაცია კიდევ უფრო მძიმდება იმით, რომ პათოლოგიზაცია და შემდგომი სამედიცინო პროცედურები სქესის კვლავმინიჭების ქირურგიული ოპერაციის ჩათვლით, გენდერის სამართლებრივი აღიარების აუცილებელი წინაპირობაა.

DSM-V მკვეთრად მიჯნავს ერთმანეთისაგან ტრანსგენდერობას, როგორც იდენტობას და გენდერულ დისფორიას, რომელსაც ზოგიერთი გენდერულად არაკონფორმული ინდივიდი განიცდის ცხოვრების გარკვეულ ეტაპზე. [80]

დისტრესთან გამკლავების, გენდერული დისფორიის მკურნალობის მეთოდები შესაძლოა, მოიცავდეს გენდერულ თვითგამოხატვასა და სხეულის კორექციასთან დაკავშირებულ ცვლილებებსაც. მათ შორის სხეულის ფემინიზაცია/მასკულინიზაცია ჰორმონული თერაპიის და/ან ქირურგიული ჩარევის გზით. ცალკეულ შემთხვევებში, როცა გენდერული დისფორია განსაკუთრებით მწვავეა, ამგვარი ჩარევა უკიდურეს აუცილებლობას წარმოადგენს.

---

79 ამ მხრივ, სხვა ქვეყნებში არსებული სტატისტიკური მაჩვენებლები განსხვავდება ერთმანეთისაგან. ტრანსგენდერთა რაოდენობა ზრდასრულთა შორის 1:24000-დან 1:37000 ფარგლებში მერყეობას ბიოლოგიური მამაკაცებისათვის და 1:103000-დან 1:15000-მდე - ბიოლოგიურად ქალებისათვის. საშუალოდ 1:30000 (ბიოლოგიურად მამაკაცი) და 1:100000 (ბიოლოგიურად ქალი) მიმართავს კლინიკას სქესის კვლავმინიჭების ოპერაციის მოთხოვნით. ამასთან ხაზგასმულია, რომ ეს მაჩვენებელი განსხვავდება ტრანსგენდერთა საერთო მაჩვენებლებისაგან. See DSM IV at 535.

80 American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition. 2013

WISG-ის კვლევაში მონაწილე ტრანსგენდერი ადამიანებისთვის განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ტრანზიციისათვის საჭირო სამედიცინო მომსახურებას, როგორიცაა, მაგალითად, ჰორმონული თერაპია და სხვადასხვა ტიპის ქირურგიული ჩარევები (განსაკუთრებით, მასტექტომია ან მკერდის გადიდება). მაშინ, როცა მკერდის გადიდების მსურველი ტრანსგენდერი ქალები პირდაპირ მიმართავენ პლასტიკურ ქირურგს, ტრანსგენდერი კაცებისთვის უცნობია, ვის შეიძლება, მიმართონ მასტექტომიისათვის და რა ჩვენებაა საჭირო იმისათვის, რომ ქირურგმა ეს ოპერაცია ჩაატაროს. კვლევაში მონაწილე არცერთი ტრანსგენდერი ქალი არ იტარებს ჰორმონულ თერაპიას და არც ინფორმაცია აქვთ მასთან დაკავშირებით, ტრანსი კაცები კი (სამი რესპონდენტი) უფრო მეტ ყურადღებას აქცევენ ტრანზიციის ამ ასპექტს და შესაბამისი ინფორმაციის წყაროსაც უფრო ადვილად პოულობენ.

ტრანსგენდერი ადამიანებისათვის საჭირო ინფორმაციაში მსგავსი ცარიელი ადგილები გასაკვირი სულაც არ არის, რადგან ტრანზიციის თანამდევი ქირურგიული და სხვა ტიპის სამედიცინო ჩარევები ქართული კანონმდებლობით არ იკრძალება, მაგრამ არც რეგულირდება. შესაბამისად, გადაწყვეტილების მიღება საკითხთან დაკავშირებით ხშირად კონკრეტული ექიმების და კლინიკების დისკრეციაზე არის მინდობილი. აქედან გამომდინარე, სწორი ინფორმაცია საკითხთან დაკავშირებით, უბრალოდ, ვერ იყრის თავს ერთად და ხშირად ტრანსგენდერი ადამიანების საკითხებზე მომუშავე ორგანიზაციებისათვისაც კი ბუნდოვანია.

ტრანსსპეციფიკური სამედიცინო მომსახურება შესაძლოა, პირობითად დაიყოს რამდენიმე ეტაპად: დიაგნოსტირება, ჰორმონული თერაპია, სქესის კვლავმინიჭების ქირურგიული ოპერაცია:

ა) დიაგნოსტირების ეტაპის ხანგრძლივობა 1 წლიდან 1,5 წლამდეა და მოიცავს კონსულტაციებს ფსიქოლოგთან, ფსიქიატრთან, სექსოლოგთან, გენეტიკურ, ჰორმონულ, უროგენიტალურ დიაგნოსტიკას, ასევე სხვადასხვა ტიპის ტესტებსა და ანალიზებს. ამ ეტაპის დასრულების შემდეგ ექიმი სექსოლოგი გასცემს ცნობას ე.წ. „ჭეშმარიტი ტრანსექსუალობის" შესახებ. დღეს მოქმედი ICD-10 კლასიფიკატორის მიხედვით, აღნიშნული მდგომარეობა შეესაბამება F64-ს. აღნიშნული დიაგნოზი აუცილებელი წინაპირობაა ჰორმონული თერაპიისა და ქირურგიული ოპერაციისათვის;

ბ) ჰორმონული თერაპია;

გ) ქირურგიული ჩარევა.

მოცემული კვლევის მონაწილეებს შორის „ჭეშმარიტი ტრანსსექსუალის" ცნობა მხოლოდ სამს აქვს (N=14), ერთი კი შესაბამის პროცედურებს

გადის იმისათვის, რომ დასკვნა აიღოს. მონაწილეების უმეტესობა თვლის, რომ ცნობა უნდა გაიცემოდეს იმისათვის, რომ ადამიანი დარწმუნდეს საკუთარ გენდერულ იდენტობაში და არ ინანოს ოპერაცია, რომელსაც ჩაიტარებს. ამავე დროს, რესპონდენტების ნაწილი თვლის, რომ ადამიანს არ უნდა უწევდეს ხანგრძლივი და ძვირი პროცედურების გავლა საკუთარი გენდერული იდენტობის „დასამტკიცებლად“[81].

ცალკე უნდა გამოვყოთ შემთხვევა, როდესაც რესპონდენტმა თავისი გენდერული იდენტობის ძიების პროცესში აღმოაჩინა საკუთარი ინტერსექსუალობაც. მას „ჭეშმარიტი ტრანსსექსუალის“ დასკვნა აღებული აქვს, ოღონდ - არა საქართველოში.[82]

ჰორმონული თერაპია

ჰორმონულ თერაპიას ბევრი ტრანსგენდერი ადამიანისათვის სასიცოცხლო მნიშვნელობა აქვს, რადგან ჰორმონების მიღება გავლენას ახდენს სქესის მეორად მახასიათებლებზე, როგორებიცაა სხეულის ფორმები და თმოვანი საფარი, ხმის ტემბრი და ა.შ. გარშემომყოფთა მხრიდან ეს ხშირად აღიქმება, როგორც ერთგვარი „გენდერული მარკერი“ და გამოიყენება ინდივიდის მიკუთვნებისათვის რომელიმე სქესისადმი. ეს კი მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს იმაზე, თუ როგორ აღიქვამენ ტრანსგენდერ ადამიანს მისი გარშემომყოფები.

საქართველოში დამკვიდრებული პრაქტიკის მიხედვით, ტრანზიციისათვის

---

81 სერგი (26 წლის ტრანსგენდერი კაცი) ასევე აღნიშნავს, რომ ეს ყველაფერი დროის თვალსაზრი–სით არ არის მისთვის მოსახერხებელი, რადგან ის მომავალში აპირებს სქესის კორექციის ოპერაციის გავლას: „წელიწად-ნახევარს მე ვერავის ვერ დაველოდები უბრალოდ, აღარ მაქვს იმის ასაკი, რომ ვინმეს დაველოდო წელიწად-ნახევარი, 30-ს ვუკაკუნებ უკვე... 40 წლის ასაკში მე მგონი აღარაფერი აღარ მომინდება ... ჯანმრთელობის მხრივ 30 და 35 იმის შემთხვევაში, რომ ამხელა ოპერაცია გაიარო და მერე რეაბილიტაცია მარტივად გადაიტანო, ნაკლებად შესაფერისი დრო და ასაკია“. ნ. გვიანიშვილი, ტრანსგენდერი ადამიანების მდგომარეობა საქართველოში. WISG. 2014

82 დასკვნის აღებამდე პროცესს ის შემდეგნაირად აღგვიწერს: „თავიდან [...] საოლქო ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში დამაწვინეს. პირველ განყოფილებაში, მწვავე ფსიქიატრია სადაც იყო ... იმის საფუძველზე, რომ თვლიდნენ რომ გიჟი ვარ და საკუთარი თავის საკუთარ სქესს გარეთ პოზიციონირება არანორმალურია. ერთი თვე ვიწექი ამ დახურულ შენობაში, გისოსებიანი ფანჯრებით. პარალელურად დაიწყო გამოკვლევები, ფსიქოლოგიური, სექსოლოგიური, ფსიქიატრიული და ასე შემდეგ ... საერთო ანალიზი, მერე ჩაღრმავებები, მერე ნათესები მოკლედ მერე მანდედან გამომივლინდა ეს XX ქრომოსომა“. მას შემდეგ, რაც ექიმებმა დაადგინეს, რომ ლიზას XX ქრომოსომა აქვს, ხოლო მეორადი სასქესო ნიშნები - მამაკაცის, რაც იმას ნიშნავს, რომ ის ინტერსექსუალობის სპექტრზე იმყოფება, საავადმყოფოდან გაწერეს. ლიზას თქმით, მისი სხეულის ფორმები უფრო ფემინური იყო, რადგან მისი ორგანიზმი ტესტოსტერონს არ გამოიმუშავებდა საკმარისი დოზით. ამის გამო ექიმებმა მშობლებს ურჩიეს, მისი მასკულინიზაციის მიზნით ჰორმონული თერაპია დაეწყოთ. შედეგად მას სიმსივნე განუვითარდა, რომელიც ოპერაციისა და მკურნალობის შედეგად ლიზამ წარმატებით დაძლია. ნ. გვიანიშვილი, ტრანსგენდერი ადამიანების მდგომარეობა საქართველოში. WISG. 2014

საჭირო ჰორმონული თერაპიის დასაწყებად აუცილებელია დიაგნოზის (F.64) არსებობა. როგორც ზემოთაა აღნიშნული, დიაგნოსტირების პროცესი 1-2 წლამდე შეიძლება, გაგრძელდეს და მოიცავს სხვადასხვა ტიპის კონსულტაციებსა და ტესტებს.

„კვლევაში მონაწილე რესპონდენტებიდან სამი ტრანსგენდერი კაცი ჰორმონულ თერაპიას იტარებს. მიუხედავად იმისა, რომ ჰორმონული პრეპარატების მიღება ექიმის ზედამხედველობის გარეშე რეკომენდებული არ არის, მათ ენდოკრინოლოგისთვის არ მიუმართავთ. მიზეზად ისინი ასახელებენ იმას, რომ არ აქვთ სტაბილური შემოსავალი, ექიმის კონსულტაციები და შესაბამისი ანალიზები კი ძვირია. სამივე იღებს „ომნადრენ 250-ს“, რომლის შესახებაც სამივემ უცხოეთში მცხოვრები ტრანსგენდერი აქტივისტებისგან შეიტყო. ამავე წყაროდან მიიღეს მათ დოზირებისა და მიღების სიხშირესთან დაკავშირებული ინფორმაციაც. ჰორმონული თერაპიის შედეგებს სამივე უაღრესად დადებითად აფასებს: მათ გაუჩნდათ თმის საფარი სახეზე, დაუბოხდათ ხმა და ცხიმოვან-კუნთოვანმა მასამაც სხვაგვარად დაიწყო გადანაწილება. ეს ყველაფერი მნიშვნელოვნად ეხმარება სამივე რესპონდენტს, ინტეგრირდეს საზოგადოებაში და აღარ გამოიწვიოს „ეჭვი“ საკუთარ გენდერთან მიმართებაში, რაც, თავის მხრივ, ნაკლებად მოწყვლადებს ხდის მათ მოულოდნელი ტრანსფობიური თავდასხმების მიმართ.“[83]

ქირურგიული ჩარევა

სქესის კვლავმინიჭების ქირურგიული პროცედურები შეიძლება, დაიყოს და განხორციელდეს რამდენიმე ეტაპად: მკერდის გადიდება/ მასტექტომია, ჰისტერექტომია, ვაგინოპლასტიკა/ ფალოპლასტიკა, პენისის/სათესლე ჯირკვლების მოშორება, სახის ფემინიზაციისთვის საჭირო პლასტიკა და სხვ.

აღნიშნული სამედიცინო პროცედურები არაა აკრძალული კანონმდებლობით და ქვეყანაში არსებობს კლინიკები, სადაც ტარდება სქესის კვლავმინიჭებასთან დაკავშირებული ქირურგიული ოპერაციები[84].

83 ნ. გვიანიშვილი. ტრანსგენდერი ადამიანების მდგომარეობა საქართველოში. WISG. თბილისი. 2014

84 „თანადგომას“ კვლევის მონაწილეთაგან „ერთის გარდა ყველა რესპონდენტი ასახელებს საქართველოში ერთ-ერთ კლინიკას, სადაც შესაძლებელია მსგავსი ოპერაციების ჩატარება, მაგრამ უმრავლესობა, თუ მაინც არჩევანზე მიდგა საქმე, უპირატესობას ანიჭებს საზღვარგარეთ მდებარე კლინიკებს. ქვეყნებად სახელდება გერმანია, ჰოლანდია, თურქეთი და ინდოეთი. ერთი რესპონდენტი ამბობს, რომ საქართველოში არ კეთდება მსგავსი ოპერაციები. ნაწილი რესპონდენტებისა აცხადებს, რომ არ ენდობა ქართველ სპეციალისტებს, რადგან აქვს ინფორმაცია, რომ მსგავსი ოპერაციების მერე ადგილი ჰქონია პაციენტების დამახინჯებას, თუმცა კონკრეტულ შემთხვევებს ვერ ასახელებენ“. სამხრეთ კავკასიაში ტრანსგენდერებისათვის აივ-თან დაკავშირებული სერვისების მოთხოვნის, საჭიროების და ხელმისაწვდომობის შესწავლა. ხარისხობრივი კვლევის ანგარიში, საინფორმაციო სამედიცინო-ფსიქოლოგიური ცენტრი

WISG-ის კვლევაში მონაწილე ტრანსგენდერი რესპონდენტებისაგან მხოლოდ ერთს (N=14) აქვს გაკეთებული ორმხრივი მასტექტომია,[85] კვლევის მონაწილე სხვა ტრანსგენდერი ადამიანების შემთხვევაში ნაწილს არ აქვს საკმარისი ფინანსური სახსრები, ნაწილი ოჯახის წევრების ან/და პარტნიორების თანხმობას ელოდება, ნაწილს კი არ აქვს გადაწყვეტილი, სურს თუ არა რამე ტიპის ოპერაციის ჩატარება. კვლევის მომენტისათვის სამმა ტრანსგენდერმა ქალმა გაუსვა ხაზი იმას, რომ ამჟამად ფულს აგროვებენ მკერდის გადიდების ოპერაციის გასაკეთებლად.

„თანადგომა“. თბილისი. 2013

85 სერგი (26 წლის ტრანსგენდერი კაცი), რომელიც ჯარში მსახურობდა, ყვება: „ომის მერე, ესე იგი 2008-ში, გავიკეთე ოპერაცია ... თან დავამთხვიე, რომ ნაკლები კითხვა ყოფილიყო რა ... ხელსაყრელი მომენტი ჩავიგდე ხელში და გავიკეთე ოპერაცია... ომის მერე ყველა ჯარისკაცმა გაიარა სამედიცინო შემოწმება ... ვინაიდან და რადგანაც, ჩემი თვალსაზრისი და ცხოვრების სტილი იცოდა ყველამ, პრობლემას აშკარად არასოდეს არავინ არ მიქმნიდა “. ნ. გვიანიშვილი, ტრანსგენდერი ადამიანების მდგომარეობა საქართველოში. WISG. 2014

სხვა ქვეყნების გამოცდილება და საუკეთესო პრაქტიკები

ტრანსფობია და დისკრიმინაცია

2010 წლის 31 მარტს ევროპის მინისტრთა საბჭოს კომიტეტმა მიიღო რეკომენდაცია წევრი სახელმწიფოებისთვის „სექსუალური ორიენტა–ციისა და გენდერული იდენტობის საფუძველზე დისკრიმინაციასთან ბრძოლის ზომების შესახებ“ – CM/REC(2010)5[86]. რეკომენდაცია პირველი საერთაშორისო სამართლებრივი ინსტრუმენტია, რომელიც კონკრეტულად ამ საფუძველზე არსებული დისკრიმინაციის აღმოფხვრას ისახავს მიზნად. განმარტებითი მემორანდუმი[87] საშუალებას იძლევა, ამომწურავად შეფასდეს ქვეყანაში დისკრიმინაციის დასაძლევად გადადგმული ნაბიჯების ეფექტიანობა და გამოვლინდეს პრობლემური და საკვანძო საკითხები, რომლებიც რეაგირებას ითხოვს სახელმწიფოს მხრიდან.

რეკომენდაცია ერთხმად იქნა მიღებული ევროპის საბჭოს წევრი 47 სახელმწიფოს მიერ. მიუხედავად იმისა, რომ ეს უფრო რეკომენდაციაა და არა - კონვენცია, იგი მყარად ეფუძნება წევრი სახელმწიფოების მიერ აღიარებულ ადამიანის უფლებათა დამავალდებულებელ საერთაშორისო და ევროპულ შეთანხმებებს; შესაბამისად, წევრ სახელმწიფოებს მისი შესრულების მკაფიო ვალდებულება ეკისრებათ.[88]

CM/REC(2010)5 რეკომენდაცია პირდაპირ იძლევა მითითებას სექსუალური ორიენტაციისა და გენდერული იდენტობის საფუძველზე დისკრიმინაციის აღმოსაფხვრელად ეროვნული სამოქმედო გეგმების შესამუშავებლად. ევროპის საბჭოს წევრი რიგი სახელმწიფოებისათვის ეს საკითხი უკვე პრიორიტეტული იყო და, შესაბამისად, საკანონმდებლო ცვლილებების გარდა, აქტიურად მუშაობდნენ არსებული კანონებისა და ნორმატიული აქტების ეფექტურად შესრულების უზრუნველსაყოფად.

ევროპის საბჭოს წევრ 10 ქვეყანაში შემუშავებულია გრძელვადიანი სამოქმედო გეგმა ლგბტ ადამიანთა სრულყოფილი ჩართულობის უზრუნველსაყოფად საზოგადოებაში (ალბანეთი, ბელგია, საფრანგეთი,

86 ევროპის საბჭოს მინისტრთა კომიტეტის რეკომენდაცია CM/REC(2010)5 წევრი სახელმწიფოების მიმართ სექსუალური ორიენტაციისა და გენდერული იდენტობის საფუძველზე დისკრიმინაციის წინააღმდეგ ზომების შესახებ.

87 ევროპის საბჭოს მინისტრთა კომიტეტის რეკომენდაცია CM/REC(2010)5 წევრი სახელმწიფოების მიმართ სექსუალური ორიენტაციისა და გენდერული იდენტობის საფუძველზე დისკრიმინაციის წინააღმდეგ ზომების შესახებ. განმარტებითი მემორანდუმი.

88 2013 წელს, სახელმწიფოებმა წარადგინეს ანგარიში მიღწეული პროგრესის შესახებ. სახელმწიფოს მიერ მომზადებული ანგარიში შეგიძლიათ იხ. შემდეგ ბმულზე: http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/hrpolicy/Others_issues/LGBT/Questionnaire/LGBT_Georgia.pdf;

გერმანია - რეგიონულ დონეზე, იტალია, ჰოლანდია, პორტუგალია, ესპანეთი - რეგიონულ დონეზე, დიდი ბრიტანეთი, ნორვეგია).

გარდა იმის, რომ სიძულვილით მოტივირებული დანაშაული და ქმედებები ეწინააღმდეგება ადამიანის უფლებათა საყოველთაო დეკლარაციის პირველი მუხლით განსაზღვრულ პრინციპს, „ძალადობის მსხვერპლთა თვალსაზრისით, ამგვარი დანაშაულისაგან ყველაზე მეტად ზარალდება მათი იდენტობის მყარი, ფუნდამენტური ასპექტი“.[89] შესაბამისად, ბევრი ქვეყნის კანონმდებლობა სიძულვილით მოტივირებულ დანაშაულს დამამძიმებელ გარემოებად მიიჩნევს. ევროპის საბჭოს 23 ქვეყანაში, კანადაში, ჩილესა და ამერიკის ზოგიერთ შტატში, სექსუალური ორიენტაცია ჩართულია სიძულვილით მოტივირებულ დანაშაულთა საფუძვლების ჩამონათვალში.

მიუხედავად ამისა, არაერთი კვლევა ადასტურებს, რომ სტატისტიკა ასეთი დანაშაულების შესახებ რეალურად არ ასახავს ლგბტ ადამიანთა მიმართ განხორციელებული ძალადობის სურათს. შესაბამისად, „საკანონმდებლო ცვლილებების პარალელურად, წევრმა სახელმწიფოებმა უნდა მიიღონ სათანოდო ზომები, რათა სექსუალური ორიენტაციისა და გენდერული იდენტობის ნიშნით ჩადენილი სიძულვილის დანაშუალებისა და სხვა სიძულვილით მოტივირებული შემთხვევების მსხვერპლებმა და თვითმხილველებმა განაცხადონ მათ შესახებ; აღნიშნული მიზნით წევრმა სახელმწიფოებმა უნდა მიიღონ ყველა შესაძლო ზომა, რათა სამართალდამცავ სტრუქტურებს, მათ შორის, სასამართლო სისტემას, გააჩნდეს ასეთი დანაშაულებისა და ინციდენტების იდენტიფიცირებისა და მსხვერპლთა და მოწმეთა დახმარებისთვისა თუ მხარდაჭერისთვის აუცილებელი ცოდნა, უნარები“[90].

ამ მიმართულებით უკვე არსებობს აპრობირებული პრაქტიკები, როლებიც მოიცავს სპეციალური სასწავლო პროგრამებისა და სახელმძღვანელო პრინციპების შემუშავებას პოლიციისა და მოსამართლეებისათვის, რის საფუძველზეც ისინი შეძლებენ მსგავსი დანაშაულებისა და შემთხვევების დადგენას, აგრეთვე დაზარალებულებისა და მოწმეების ადეკვატურ დახმარებასა და მხარდაჭერას (ინგლისი - ლონდონის პოლიცია, შოტლანდია, შვედეთი, კატალონიის პოლიცია - ამ ქვეყნებში არსებობს სპეციალური სახელმძღვანელოები). ბელგიაში, პორტუგალიაში, ხორვატიაში, პოლონეთში, ბულგარეთში, იტალიასა და, ნაწილობრივ, შვედეთში,

89 Hate Crime Laws – A Practical Guide. OSCE .

90 ევროპის საბჭოს მინისტრთა კომიტეტის რეკომენდაცია CM/REC(2010)5 წევრი სახელმწიფოების მიმართ სექსუალური ორიენტაციისა და გენდერული იდენტობის საფუძველზე დისკრიმინაციის წინააღმდეგ ზომების შესახებ. განმარტებითი მემორანდუმი.

ლგბტ საკითხებზე მომუშავე ორგანიზაციები ტრენინგებს უტარებენ პოლიციელებს, რათა უფრო სენსიტიური გახადონ ამ საკითხების მიმართ. იტალიაში ტრანსფობიურ და ჰომოფობიურ დანაშაულთან დაკავშირებული საკითხები ინტეგრირებულია გენდერული ძალადობის აღმოფხვრაზე მიმართულ სატრენინგო პროგრამაში.[91]

რიგ ქვეყნებში, ლგბტ არადისკრიმინაციისა და თანასწორობის საკითხები ინტეგრირებულია გენდერული თანასწორობის სამოქმედო გეგმებში, ზოგან ამ საკითხების ცალკე, ჯგუფის სპეციფიკაზე მორგებული სამოქმედო გეგმებია შემუშავებული (მაგ. ავსტრალია, დიდი ბრიტანეთი[92]).

გენდერის სამართლებრივი აღიარება

ევროპის საბჭოს მიერ შემუშავებულ სახელმძღვანელო პრინციპებში[93], რომელიც ლესბოსელი, გეი, ბისექსუალი, ტრანსგენდერი და ინტერსექსი (ლგბტი) ადამიანების მიერ ადამიანის უფლებებით სრულად სარგებლობას ეხება, აღნიშნულია, რომ:

> *„ადამიანის ბევრი უფლების განხორციელებისთვის აუცილებელია შესაბამისი პირადი დოკუმენტები. ტრანსგენდერი ადამიანები, რომლებსაც არ აქვთ მათი უპირატესი სქესის დამადასტურებელი პირადი დოკუმენტები, შეიძლება ამის შედეგად შეეჯახონ თვითნებობას და დისკრიმინაციას ცალკეული პირების და დაწესებულებების მხრიდან. სქესის იურიდიული აღიარებისათვის წაყენებული მოთხოვნები შეიძლება იყოს მეტისმეტად მკაცრი, მაგალითად, სტერილურობის ან უნაყოფობის დამტკიცების მოხოვნა, სქესის შეცვლის ქირურგიული ოპერაცია, ჰორმონული მკურნალობა, ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობის დიაგნოზი და/ან განსაზღვრული დროის განმავლობაში უპირატესი სქესის წარმომადგენლის სახით ცხოვრება (ე.წ. „ცხოვრების პრაქტიკული გამოცდილება“).*

ტრანსგენდერებისათვის სქესის აღიარება სამართლებრივად რეგულირების თვალსაზრისით რამდენიმე ტიპად შეიძლება დაიყოს:

---

91 ე. აღდგომელაშვილი. ლგბტ ადამიანთა მდგომარეობა საქართველოში. საჯარო პოლიტიკის დოკუმენტი. WISG. თბილისი. 2013.

92 https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/85498/transgender-action-plan.pdf

93 Council of the European Union, 24 June 2013, “Guidelines to Promote and Protect the Enjoyment of All Human Rights by Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Intersex (LGBTI) Persons”. Para.20. document number 11492/13,

1) სქესის კვლავმინიჭების ქირურგიული ოპერაცია ან/და სტერილიზაცია აუცილებელი მოთხოვნაა სქესის აღიარებისთვის (ევროპის საბჭოს წევრი ქვეყნებიდან 35-ში ეს პროცესი ან არ რეგულირდება კანონით, ან იძულებითი სტერილიზაცია აუცილებელი მოთხოვნაა (29 ქვეყანა), აშშ-ს შტატების უმრავლესობა, ავსტრალია და სამხრეთ აფრიკის რესპუბლიკა);

2) იძულებითი სტერილიზაცია, როგორც სქესის აღიარების წინაპირობა, კანონში არაა მითითებული, თუმცა, სქესის სამართლებრივ დოკუმენტებში შესაცვლელად აუცილებელ მოთხოვნად ადგენს ჰორმონული თერაპიის კურსის ჩატარებას (ესპანეთი).

3) კანონი არ ითხოვს რამე სახის სამედიცინო ჩარევას ან იძულებით სტერილიზაციას გენდერის სამართლებრივი აღიარებისათვის (არგენტინა, დიდი ბრიტანეთი, პორტუგალია, დანია). აქ არ არის დადგენილი ჰორმონული მკურნალობისა თუ რამე სახის ოპერაციის გავლა სასურველი გენდერის ოფიციალური აღიარების მოსაპოვებლად.[94] გენდერის სამართლებრივი აღიარება შესაძლებელია გენდერული დისფორიის[95] შესახებ მტკიცებულების წარმოდგენით კომპეტენტური უწყების წინაშე, როგორებიც არიან ექსპერტები ჯანდაცვის სამინისტროდან (უნგრეთი), გენდერის ცვლილების პანელი (დიდი ბრიტანეთი), ექიმი ან კლინიკური ფსიქოლოგი. უნგრეთში სქესის აღიარება, მართალია, არ რეგულირდება კანონით, მაგრამ ადმინისტრაციულ წარმოებაში ჩამოყალიბდა პრაქტიკა, რომლის მიხედვითაც სამედიცინო ჩარევებისა და სტერილიზაციის მოთხოვნების გარეშე პირის დაბადების მოწმობაში ცვლილების შეტანა ხდება.[96]

აქედან პირველი ტიპის პრაქტიკა ცალსახად ეწინააღმდეგება ჯოკიაკარტას პრინციპებსა და ევროპის საბჭოს მიერ დადგენილ სტანდარტებს - „არ შეიძლება, ვინმე დაექვემდებაროს მკურნალობას ან სამედიცინო ექსპერიმენტს მისივე ნებართვის გარეშე."[97]

94 ამ ქვეყნების პრაქტიკა საუკეთესოდ მიიჩნევა.

95 ეს ფენომენი მიუთითებს უკმაყოფილებაზე, რომელსაც ადამიანები გრძნობენ იმ ბიოლოგიურ სქესთან მიმართებაში, რომლითაც დაიბადნენ.

96 ამ პროცედურის მიხედვით, ტრანსგენდერი ადამიანი წარადგენს განცხადებას დაბადების მოწმობაში სქესის შეცვლის შესახებ შესაბამის ადმინისტრაციულ ორგანოში. განცხადებას თან უნდა ერთვოდეს სამედიცინო ექსპერტის დასკვნა და განმცხადებლის სამედიცინო ისტორია. თანდართული საბუთებისა და ექსპერტის დასკვნის საფუძველზე კი ჯანდაცვის სამინისტრო იღებს გადაწყვეტილებას სქესის აღიარების შესახებ. იხ: „ტრანსგენდერი ადამიანების სქესის აღიარების სამართლებრივი მოთხოვნების შესახებ საერთაშორისო სტანდარტები და საუკეთესო მაგალითები", 2012 წელი, იდენტობა, გვ.13.

97 General Comment No. 14 of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights, paragraph 8, and the Oviedo Convention on Human Rights and Biomedicine of 4 April 1997, ETS No. 164, part II

გენდერის ლეგალური აღიარებისათვის ქირურგიული ჩარევის მოთხოვნა ასევე ეწინააღმდეგება თანასწორობისა და არადისკრიმინაციულობის მოთხოვნას (საერთაშორისო პაქტი სამოქალაქო და პოლიტიკური უფლებების შესახებ, მე-2 და 26-ე მუხლი; ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების შესახებ საერთაშორისო პაქტი, მე-2 მუხლი).

ევროსაბჭომ თავის რეკომენდაციაში CM/Rec(2010)5[98] გენდერის სამართლებრივი აღიარების სტანდარტად დააწესა „სწრაფი, გამჭვირვალე და ხელმისაწვდომი“ პროცედურები. ამასთან, „მოთხოვნები, რომელთა შესრულება სავალდებულოა სქესის იურიდიული აღიარებისთვის; მათ შორის, მოთხოვნები, რომლებიც ეხება ფიზიკური ხასიათის ცვლილებებს, რეგულარულად უნდა იქნას გადახედილი არაჰუმანურ მოთხოვნათა გაუქმების მიზნით“.

2010 წელს ტრანსგენდერ ადამიანთა ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო პროფესიულმა ასოციაციამ (WPATH) გამოაქვეყნა შემდეგი განცხადება:

> *„ადამიანებს არ უნდა უწევდეთ ქირურგიული პროცედურების ან სტერილიზაციის გავლა თავიანთი იდენტობის აღიარებისათვის. თუ სქესის მარკერის არსებობა პირადობის დამადასტურებელ დოკუმენტებში აუცილებელია, რეპროდუქციული უნარების მიუხედავად, მარკერი უნდა აღიარებდეს გენდერს, რომლითაც ადამიანი ცხოვრობს. ტრანსგენდერ ადამიანთა ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო პროფესიული ასოციაციის დირექტორთა საბჭო მოუწოდებს სახელმწიფოებს და სხვა მმართველ ორგანოებს, გააუქმონ იდენტობის აღიარებისთვის საჭირო მოთხოვნები, რომლებიც ქირურგიულ ჩარევებს მოიცავს“.*[99]

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია, გაეროს ადამიანის უფლებათა უმაღლესი კომისარიატი, გაეროს ქალთა ორგანიზაცია, გაეროს ბავშთა ფონდი, გაეროს მოსახლეობის ფონდი და სხვ. სრულად იზიარებენ ამ პოზიციას.[100] იძულებითი სტერილიზაციის პრაქტიკას დაუშვებლად მიიჩნევს მსოფლიო სამედიცინო ასოციაცია (WMA) და ჯანდაცვისა და ადამიანის უფლებათა ორგანიზაციების საერთაშორისო ფედერაცია (IFHHRO). ეს უკანასკნელი ტრანსგენდერ ადამიანებზე სპეციფიკურ

98 მინისტრთა კომიტეტის CM/REC(2010)5 რეკომენდაცია წევრი სახელმწიფოების მიმართ სექსუალური ორიენტაციისა და გენდერული იდენტობის საფუძველზე დისკრიმინაციის წინააღმდეგ ზომების მიღების შესახებ.

99 http://www.wpath.org/documents/Identity%20Recognition%20Statement%206-6-10%20on%20letter-head.pdf

100 Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization. An interagency statement. OHCHR, UN Women, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF and WHO. 2014

აქცენტსაც კი აკეთებს[101.102]

ცალკეულ ქვეყნებში სასამართლოებმა მნიშვნელოვანი როლი ითამაშეს ამ მოთხოვნების გაუქმებასა თუ ადამიანის უფლებებთან შეუსაბამოდ მიჩნევაში. მაგალითად, ავსტრიის სასამართლოების მიერ მიღებული გადაწყვეტილებით, გენდერის სამართლებრივი აღიარებისათვის არ არის აუცილებელი გენდერის ცვლილების ოპერაციის მტკიცებულება. გერმანიაში საკონსტიტუციო სამართლომ გააუქმა ოპერაციის გავლის მოთხოვნა და მიუთითა, რომ განმცხადებლის უფლება სექსუალურ თითგამორკვევაზე გადაწონიდა კანონმდებლის ინტერესს აეცილებინა თავიდან შეუსაბამობა ბიოლოგიურ და სამართლებრივ გენდერს შორის. სასამართლომ სრულიად ზედმეტ და არაპროპორციულ მოთხოვნად მიიჩნია ასევე მუდმივი უნაყოფობის (სტერილიზაცია) მოთხოვნა. შვეიცარიის სასამართლომ კი მიუთითა, რომ ჰორმონული თერაპიის მოთხოვნა ძალიან ჰგავდა ოპერაციის გავლის მოთხოვნას და ამიტომ საჭიროებდა იმავე მიდგომას, რასაც ქირურგიული ჩარევა. სასამართლომ მიიჩნია, რომ სამედიცინო ჩარევის ნებისმიერი ფორმა ყოველთვის და პირდაპირ არღვევს შესაბამისი პირის ფიზიკურ ხელშეუხებლობას და სამართლებრივი თვალსაზრისით მეტად პრობლემატურია.[103]

ევროსაბჭოს ადამიანის უფლებათა კომისარი წუხილის საგნად მიიჩნევს იმ გარემოებას, რომ ტრანსგენდერი ადამიანები გვევლინებიან ერთადერთ ჯგუფად ევროპაში, რომელიც ექვემდებარება სამართლებრივად დადგენილ, სახელმწიფოს მიერ აღსრულებულ სტერილიზაციას. კომისარი ევროსაბჭოს წევრ სახელმწიფოებს აძლევს რეკომენდაციას, გააუქმონ სტერილიზაცია და სხვა სავალდებულო სამედიცინო ჩარევა, როგორც აუცილებელი იურიდიული მოთხოვნა პირის გენდერული იდენტობის აღიარებისათვის.[104]

იგივე მიდგომაა ასახული ჯოკიაკარტას მე-3 პრინციპში: „არავინ უნდა იყოს იძულებული გაიაროს სამედიცინო პროცედურები, სქესის შეცვლის ოპრაციის, სტერილიზაციის ან ჰორმონული თერაპიის ჩათვლით, როგორც მათი გენდერის სამართლებრივი აღიარების წინაპირობა".[105]

101 WMA & IFHHRO, „გლობალური ორგანიზაციები იძულებითი სტერილიზაციის აღკვეთას მოითხოვენ" მედიაპუბლიკაცია, 5 სექტემბერი 2011)

102 დამატებითი ინფორმაცია ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო სტანდარტების შესახებ ტრანსგენდერ ადამიანთა იძულებითი სტერილიზაციის თაობაზე შეგიძლიათ იხ. WISG-ის ILGA-Europe-სა და TGEU-ს მიერ ევროპის სოციალური ქარტიისათვის მომზადებულ ერთიან ჩრდილოვან ანგარიშში ჯანმრთელობის უფლების დაცვის შესახებ. 2014.

103 რ. კოჰლერი, ა. რეჩერი, ჯ. ეჰრტი: „გენდერის სამართლებრივი აღიარება ევროპაში", 2013 წლის დეკემბერი, TGEU გვ. 42, 43.

104 Hammarberg, T. July 2009, "Issue Paper on Human Rights and Gender Identity," Office of the Commissioner for Human Rights, Council of Europe, Strasbourg, France.

105 ჯოკიაკარტას პრინციპებიhttp://www.yogyakartaprinciples.org/principles_en.pdf

გენდერის სამართლებრივი აღიარებისათვის წინაპირობები, მათ შორის, ფიზიკური ხასიათის ცვლილებები, რეგულარულად უნდა გადაიხედოს, რათა ამოღებულ იქნას ძალადობრივი, არაჰუმანური მოთხოვნები.[106]

ჯანმრთელობის დაცვის უფლება

ხელმისაწვდომობა ჯანდაცვის სერვისებზე დისკრიმინაციის გარეშე

ბოლო ათწლეულის განმავლობაში ლგბტი ჯგუფის წარმომადგენელთა და, განსაკუთრებით, ტრანსგენდერ ადამიანთა დისკრიმინაცია ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში უფლებადამცველთა განსაკუთრებული ყურადღების ქვეშ მოექცა. გასულ წლებში ადამიანის უფლებათა სფეროში გაჩნდა კონცეფცია, რომელიც გენდერული თვითგამოხატვის თავისუფლებას ადამიანის ფუნდამენტურ უფლებად აღიარებს. სექსუალური ორიენტაციისა და გენდერული იდენტობის საფუძველზე დისკრიმინაცია ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ასევე ცალსახად არის შეფასებული ადამიანის უფლებების დარღვევად.[107]

სტიგმასა და დისკრიმინაციას, კერძოდ – ჯანდაცვის სფეროში, ხშირად ასახელებენ, როგორც ძირითად ბარიერებს ისეთ საარსებო (მნიშვნელოვან, სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვან) სერვისებზე ხელმისაწვდომობაში, რომლებიც ეხება აივ ინფექციასა და სქესობრივი გზით გადამდებ სხვა ინფექციებს, ასევე, ტრანსგენდერი ადამიანებისთვის საჭირო სპეციფიკურ მხარდაჭერასა და ზოგად ჯანდაცვას.

> *„დისკრიმინაციის ინსტიტუციონალიზაცია ხშირად სამედიცინო მომსახურების იმ სარეგისტრაციო განყოფილებიდან იწყება, სადაც სამედიცინო დაწესებულების თანამშრომლები პაციენტებისგან დაჟინებით მოითხოვენ მხოლოდ ორი გენდერიდან ერთ–ერთის გამოყენებას, და სადაც ადამიანებს ხვდებიან თანამშომლები, რომლებსაც არ აქვთ საკმარისი კვალიფიკაცია, აკლიათ სენსიტიურობა და განმკიცხავ დამოკიდებულებას ავლენენ“[108].*

სამედიცინო პერსონალის მხრიდან სტიგმის, შესაძლო დისკრიმინაციისა და არასათანადო მოპყრობის თავიდან აცილების საუკეთესო პრაქტიკად მიჩნეულია ჯანდაცვის სფეროში მომუშავე პერსონალისთვის

106 CM/Rec(2010)5. para.20

107 5 Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights on Discriminatory laws and practices and acts of violence against individuals based on their sexual orientation and gender identity. Geneva, United Nations Human Rights Council, 2011

108 UNDP 2013, Transgender Health and Human Rights . Discussion Paper.

კვალიფიკაციის/რეკვალიფიკაციისა თუ სერტიფიცირების პროგრამებსა და კურიკულუმებში ტრანსგენდერობისა და ტრანსსპეციფიკური სერვისების შესახებ საბაზისო ინფორმაციის ჩართვა[109]; ეთიკისა და ზრუნვის სტანდარტებში გენდერული იდენტობის მითითება, როგორც ხაზგასმა აღნიშნული საკითხის მნიშვნელოვანებაზე; ტრანსსენსიტიური ქცევის კოდექსებისა და გაიდლაინების შემუშავება კლინიკების დონეზე[110]. ასევე განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა მჭიდრო თანამშრომლობას ტრანსგენდერ აქტივისტებსა და უფლებადამცველებთან.

ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული სამედიცინო სერვისების ტრანსსენსიტიურობას განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება. ქვეყანაში არსებული ტრანსფობიის, დისკრიმინაციისა და მარგინალიზაციის ყოველდღიური პრაქტიკა, ფიზიკური და პერმანენტული ფსიქოლოგიური ძალადობის გამოცდილება სერიოზულ გავლენას ახდენს ტრანსგენდერი ადამიანების ფსიქიკურ ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობაზე. ამასთან, გაიდლაინების/ ტრენინგთა მოდულების შემუშავებისას მნიშვნელობა ენიჭება კლინიკის/ სერვისის ტიპსა და პროფილს. როგორც წესი, გამოიყენება სამდონიანი მოდელი: **საბაზისო კურსი** გათვლილია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მომუშავე ყველა სპეციალისტისთვის და ორიენტირებულია საბაზისო ცოდნაზე გენდერის/ სქესის/სექსუალური ორიენტაციის შესახებ, ტრანსსენსიტიური პროტოკოლის ცოდნაზე[111], განსხვავებაზე არაპრობლემურ გენდერულ იდენტობას/ ქცევასა და იმ შემთხვევებს შორის, რომლებიც, შესაძლოა, იმსახურებდეს კლინიცისტის ყურადღებას (განსაკუთრებით, ბავშებსა და მოზარდებში). **საშუალო დონე** ეხება იმ კლინიკებს, რომლებიც სთავაზობენ ზოგად ჯანდაცვის სერვისებს ტრანსგენდერ ადამიანებს. ისინი უნდა იცნობდნენ ჯგუფის ზოგად ფსიქო-სოციალურ თავისებურებებს, გენდერული იდენტობის განვითარების ეტაპებს და უნდა შეეძლოთ მუშაობა გენდერულად არაკონფორმულ კლიენტებთან და მათი ოჯახის წევრებთან; ბოლო, **მესამე დონე** ეხება კლინიკებს, რომლებიც ტრანსსპეციფიკურ სერვისებზეა ორიენტირებული და იქ მომუშავე პერსონალისაგან სპეციალურ ცოდნას მოითხოვს.[112]

ჰომო- და ტრანსფობია, ასევე აივ ინფექციასთან დაკავშირებული სტიგმა

---

109 ibid

110 ამ თვალსაზრისით, ერთ-ერთ საუკეთესო გაიდლაინად მიჩნეულია ფენვეის ინსტიტუტის მიერ შემუშავებული გაიდლაინი სამედიცინო პერსონალისათვისMakadon HJ et al, eds. Fenway Guide to Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Health. Philadelphia, American College of Physicians, 2008.

111 მაგ. იხ. Primary Care Protocol for Transgender Patient Care. San Francisco, Center of Excellence for Transgender Health, University of California, 2011

112 Recommended Framework for Training Mental Health Clinicians in Transgender Care. 2006.

ხშირად გადაჯაჭვულია ერთმანეთთან და კიდევ უფრო აუარესებს ლგბტი ჯგუფის წარმომადგენელთა ხელმისაწვდომობას საჭირო სერვისებზე. მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია (WHO) განსაკუთრებულ ყურადღებას უთმობს იმ ფაქტორს, რომ ამ ჯგუფის წარმომადგენელთა სპეციფიკა და საჭიროებები ასახული იყოს აივ/შიდსის პრევენციის გეგმებსა და სტრატეგიებში. 2011 წელს WHO-მ გამოსცა სპეციალური სახელმძღვანელო MSM და ტრანსგენდერი ადამიანების ჯგუფში აივ და სქესობრივი გზით გადამდები სხვა ინფექციების პრევენციისა და მართვისათვის[113]. თუმცა, ითვალისწინებს რა ცალკეული რეგიონებისა და ქვეყნების სპეციფიკას, რეკომენდაციით მიმართავს ცალკეულ ქვეყნებს, ადგილზე, არსებული კანონმდებლობისა და კონტექსტის გათვალისწინებით შეისწავლონ ტრანსგენდერ ადამიანთა საჭიროებები და ასახონ შესაბამის გეგმებსა და სტრატეგიებში.

ფინანსური ხელმისაწვდომობა

სქესის კვლავმინიჭებისათვის საჭირო სამედიცინო პროცედურის სრული ან ნაწილობრივი დაფარვა გავრცელებულ პრაქტიკას წარმოადგენს ევროპის ბევრ ქვეყანასა და კანადაში, ხოლო საკითხის სამართლებრივი რეგულირების მხრივ საუკეთესო მაგალითად არგენტინა ითვლება.[114] არგენტინის კანონის მიხედვით, ჯანდაცვის სფეროს მუშაკებმა, იმის მიუხედავად, თუ რომელი სადაზღვევო სისტემიდან არიან - სახელმწიფო, კერძო თუ პროფკავშირების - უნდა მოახდინონ ამავე კანონით გათვალისწინებული უფლებების გარანტირება. ყველა სამედიცინო პროცედურა, რომელიც არგენტინის კანონშია მითითებული (სრული ან ნაწილობრივი ქირურგიული ჩარევა, ჰორმონული მკურნალობა) მოცულია სავალდებულო სამედიცინო გეგმით. ეს ნიშნავს, რომ ისინი არ ექვემდებარებიან დამატებით ხარჯებს მათთვის, ვისაც კერძო ან პროფკავშირების სადაზღვევო გეგმები აქვთ.[115]

იმ სახელმწიფოებისათვის, სადაც არ მუშაობს სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის სისტემები, საუკეთესო მაგალითად ითვლება კალიფორნიის პრაქტიკა, სადაც შესაბამისი სამართლებრივი აქტი კრძალავს დისკრიმინაციას გენდერის საფუძველზე დაზღვევის სფეროში[116]. დიდ ბრიტანეთში სქესის კვლავმინიჭებასთან

113 Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men and transgender people: recommendations for a public health approach. Geneva, World Health Organization, 2011

114 ე. აღდგომელაშვილი. „ლგბტ ადამიანთა მდგომარეობა საქართველოში", საჯარო პოლიტიკის დოკუმენტი. WISG. თბილისი. 2013.

115 არგენტინის გენდერული იდენტობის კანონის მე-11 მუხლი.

116 AB 1586 Insurance Gender Non-Discrimination Act.

დაკავშირებული სამედიცინო პროცედურებისათვის საჭირო ხარჯების დაფარვის საკითხი რეგულირდება ტრანსგენდერი ადამიანების თანასწორობის უზრუნველყოფის სამოქმედო გეგმის ფარგლებში[117].

წევრმა სახელმწიფოებმა უნდა მიიღონ სათანადო საკანონმდებლო და სხვა ზომები, რათა უზრუნველყონ, რომ ნებისმიერი გადაწყვეტილება, რომელიც ზღუდავს ტრანზიციისათვის საჭირო პროცედურის ხარჯების დაფარვას დაზღვევის მიერ, იყოს კანონიერი, ობიექტური და პროპორციული.[118]

ევროპული სასამართლოს პრეცედენტული სამართალი აღიარებს გენდერული თვითგამორკვევის უფლებას, როგორც ევროპული კონვენციის მე-8 მუხლით გარანტირებული პირადი ცხოვრების პატივისცემის უფლების ერთ-ერთ ასპექტს და მოითხოვს სახელმწიფოებისაგან, რომ სურვილის შემთხვევაში უზრუნველყონ ქირურგიული ჩარევის შესაძლებლობა სქესის შესაცვლელად. ამასთან, დაზღვევის სქემა უნდა მოიცავდეს „აუცილებელ სამედიცინო" მკურნალობას, რომლის ნაწილიც შეიძლება, იყოს სქესის კვლავმინიჭების ქირურგიული ოპერაცია[119]. იქ, სადაც აუცილებელი სამედიცინო მომსახურების დაფარვა საჯარო ან კერძო სოციალური დაზღვევის სისტემების მხრიდან კანონით რეგულირდება, ასეთი დაფარვა უნდა იყოს გონივრული, გათვლილი და არადისკრიმინაციული[120] და ითვალისწინებდეს რესურსებს.

ევროსასამართლომ 2003 წელს გამოიტანა გადაწყვეტილება საქმეზე „ვან კუკი გერმანიის წინააღმდეგ". განმცხადებელი ჩიოდა კერძო სადაზღვევო კომპანიიდან გენდერის ცვლილების ღონისძიებების დაფინანსების საკითხზე. სასამართლომ მიიჩნია, რომ ადგილი ჰქონდა ევროკონვენციის მე-8 მუხლის დარღვევას. რამდენადაც გენდერული იდენტობა წარმოადგენს პირის პირადი ცხოვრების ერთ-ერთ ყველაზე ინტიმურ სფეროს, არაპროპორციული იყო მომჩივნისგან იმის მოთხოვნა, რომ დაემტკიცებინა აღნიშნული მკურნალობის სამედიცინო აუცილებლობა. ერთის მხრივ, დაზღვევის კომპანიის ინტერესებსა და, მეორეს მხრივ, ინდივიდის ინტერესებს შორის სამართლიანი ბალანსი არ იყო დამყარებული.[121]

წევრი სახელმწიფოების მიმართ ევროსაბჭოს ადამიანის უფლებათა

---

117 5 HM Government (2011), Advancing transgender equality: a plan for action,

118 CM/Rec(2010)5, 36-ე პარაგრაფი:

119 Van Kück v Germany, no 35968/07, 2003 წლის 12 ივნისის გადაწყვეტილება, პუნქტები. 73 to 86.

120 იხ.: L v Lithuania, 2007 წლის 11 სექტემბრის გადაწყვეტილება, §59, და Schlumpf v Switzerland, no 29002/06, 2009 წლის 8 იანვრის გადაწყვეტილება, §115.

121 http://echr.coe.int/Documents/FS_Gender_identity_ENG.pdf

კომისრის რეკომენდაციაა, რომ ტრანსგენდერი პირებისათვის ხელმისაწვდომი გახადონ ტრანზიციასთან დაკავშირებული სამედიცინო პროცედურები, როგორებიცაა ჰორმონული მკურნალობა, ქირურგია ან ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა და უზრუნველყონ შესაბამისი ხარჯების ანაზღაურება სახელმწიფო ჯანმრთელობის დაზღვევის სქემებით.[122]

ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურება

ტრანსსპეციფიკური ჯანდაცვის სერვისები და ტრანსგენდერობის დეპათოლოგიზაცია

ტრანსგენდერობის დეპათოლოგიზაციის მთავარი გამოწვევა უკავშირდებოდა ტრანსსპეციფიკური ჯანმრთელობის სერვისების მიღების შესაძლებლობას იმ ადამიანებისათვის, ვინც საჭიროებს ასეთ ჩარევას. ბოლო რამდენიმე წლის განმავლობაში უფლებადამცველების, აქტივისტებისა და ჯანდაცვის სპეციალისტების ერთობლივი ძალისხმევით მიღწეული იქნა ერთგვარი კონსენსუსი, რომელიც საშუალებას აძლევს ტრანს ადამიანებს, შეძლონ გენდერის სამართლებრივი აღიარება და ტრანზიციასთან დაკავშირებული ჯანდაცვის სერვისების მიღება ისე, რომ არ მოხდეს ტრანს იდენტობისა და გენდერული თვითგამოხატვის პათოლოგიზაცია.

ჯოკიაკარტის პრინციპებში, რომლებიც მოიცავენ სტანდარტების ფართო სპექტრს ადამიანის უფლებათა სფეროში და მათი გამოყენების შესაძლებლობას სექსუალური ორიენტაციისა და გენდერული იდენტობის საკითხებში, ხაზგასმულია სექსუალური ორიენტაციის/გენდერული იდენტობის სამედიცინო ჩვენებად დეფინიციის დაუშვებლობა. მე-18 პრინციპი, რომელიც განიხილავს ლგბტი პირების საჭიროებას, დაცული იყვნენ სამედიცინო დარღვევებისგან, აცხადებს: *„იძულების წესით არავინ უნდა გაიაროს რამე სახის სამედიცინო მკურნალობა, პროცედურები, ტესტირება ან მოთავსებული იქნას სამედიცინო დაწესებულებაში სექსუალური ორიენტაციის ან გენდერული იდენტობის საფუძველზე. ნებისმიერი კლასიფიკაციის მიუხედავად, ამა თუ იმ პირის არც სექსუალური ორიენტაცია და არც გენდერული იდენტობა თავისთავად არ წარმოადგენს სამედიცინო ჩვენებას და არ ექვემდებარება მკურნალობას, განკურნებას ან დათრგუნვას".*[123]

122 Hammarberg, T. July 2009, "Issue Paper on Human Rights and Gender Identity," Office of the Commissioner for Human Rights, Council of Europe, Strasbourg, France.

123 ჯოკიაკარტის პრინციპები. ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო სტანდარტებისა და ნორმების გამოყენების პრინციპები სექსუალურ ორიენტაციასა და გენდერულ იდენტობასთან მიმართებაში. თარგმანი. WISG. თბილის, 2012.

ამ კონტექსტში „დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის“ მეათე ვერსიის (ICD-10) გადახედვა და მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციაში (WHO) ახალი ვერსიის (ICD-11) გამოცემა წარმოადგენს ისტორიულ შესაძლებლობას, დაცული იყოს ტრანსი ადამიანებისთვის სრული ხელმისაწვდომობა როგორც გენდერის სამართლებრივ აღიარებაზე, ასევე, ტრანზიციასთან დაკავშირებულ ჯანდაცვის სერვისებზე და ეს ყოველივე წინააღმდეგობაში არ მოდიოდეს ადამიანის უფლებებთან.

ბოლო დრომდე ფსიქიკური დაავადებების კლასიფიცირების ორივე საერთაშორისო სისტემა, ფსიქიკური აშლილობების დიაგნოსტიკური და სტატისტიკური სახელმძღვანელო (DSM-III, DSM-IV) და დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკატორი (ICD-9, ICD-10), ტრანსგენდერობას განიხილავდა, როგორც ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობის ფორმას, რაც ხელს უწყობდა ტრანსგენდერი და გენდერულად არაკონფორმული ადამიანების სტიგმატიზაციას.

2010 წლის მაისში ტრანსგენდერი ადამიანების ჯანმრთელობის მსოფლიო პროფესიულმა ასოციაციამ (WPATH) გამოაქვეყნა მიმართვა გენდერული არაკონფორმულობის დეპათოლოგიზაციის აუცილებლობის შესახებ. აღნიშნულ მიმართვაში ხაზგასმული იყო, რომ „გენდრული თვითგამოხატვა, იდენტობის ჩათვლით, რომელიც სტერეოტიპების გავლენით არ ასოცირდება დაბადების (ანატომიურ) სქესთან, წარმოადგენს კულტურული მრავალფეროვნების ადამიანურ ფენომენს, რომელიც არ შეიძლება, განხილული იქნას, როგორც პათოლოგია ან შეფასდეს ნეგატიურად“.[124] განცხადებაში მითითებული იყო, რომ პათოლოგიზაცია აძლიერებს სტიგმას და წინასწარგანწყობებს, ხელს უწყობს დისკრიმინაციული პრაქტიკების ჩამოყალიბებას ტრანსგენდერი ადამიანების მიმართ.[125]

დაგროვებულმა კლინიკურმა გამოცდილებამ, კვლევების სიუხვემ, რომლებიც ადასტურებდა კულტურული თუ სხვა ფაქტორების გავლენას გენდერსა და სექსუალობაზე, DSM-ზე მომუშავე ჯგუფი მიიყვანა დიაგნოზის გადახედვის აუცილებლობამდე. DSM-V-ში კი კლინიკურ დიაგნოზად მითითებულია მხოლოდ „გენდერული დისფორია“, რაც არა მხოლოდ ტრანსგენდერობის, როგორც იდენტობის, და დისფორიის ერთმანეთისგან გამიჯვნის საშუალებას იძლევა, არამედ ახდენს ტრანსგენდერობის დეპათოლოგიზაციასაც[126]. “

124 http://www.wpath.org/uploaded_files/140/files/de-psychopathologisation%205-26-10%20on%20letterhead.pdf

125 2015 წელს, WPATH-მა გამოაქვეყნა ახალი მიმართვა, რომელშიც ასახულია DSM V ში შეტანილი ცვლილებები. http://www.wpath.org/uploaded_files/140/files/WPATH%20Statement%20on%20Legal%20Recognition%20of%20Gender%20Identity%201-19-15.pdf

126 „გენდერული დისფორიის“ გამოყენება დიაგნოზად ასევე კრიტიკის საგნად რჩება

„დღეს უკვე ითვლება, რომ მკურნალობა სჭირდება გენდერულ დისფორიას და არა - თავად ტრანსგენდერულ იდენტობას. გენდერული დისფორია, იგივე დისტრესი, შფოთვისა და ობსესიის რანგის აშლილობას ასახავს, ამ შფოთვას კი აქვს კონკრეტული საფუძველი. გენდერული დისფორიის შემთხვევაში სამკურნალო პროცედურების ფართო სპექტრზეა ლაპარაკი: ჰორმონული თერაპიის სხვადასხვა ფაზა, ქირურგიული ჩარევის სხვადასხვა ეტაპი, ბიჰევიურ-კოგნიტური თუ სხვა ტიპის ფსიქოთერაპია, რესოციალიზაცია და ა.შ. მაღალია მკურნალობის რისკები (ჰორმონების გვერდითი მოვლენები, ქირურგიული ჩარევის გართულებები და ა.შ.), შესაბამისად, დიაგნოზი, მისი კრიტერიუმები და მკურნალობის ამა თუ იმ მეთოდის ჩვენება მკაცრად უნდა განისაზღვროს“.[127]

რაც შეეხება ICD-10-ს, რომელიც დღეისათვის აღიარებულ, მოქმედ საერთაშორისო კლასიფიკატორს წარმოადგენს, მასში მოცემული განმარტებები უკიდურესად ხისტი და მოუქნელია ტრანსსპეციფიკური საკითხების დიაგნოსტირების თვალსაზრისით და უკიდურესად ვიწროდ განიხილავს გენდერული სპექტრის მთელ მრავალფეროვნებას. ICD-ის მე-11 გადახედვა 2015 წლის მაისშია დაგეგმილი. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის სამუშაო ჯგუფმა, რომელიც სექსუალური დისფუნქციებისა და სექსუალური ჯანმრთელობის საკითხებზე მუშაობს (WGSDSH), მნიშვნელოვანი მოსამზადებელი სამუშაოები ჩაატარა ტრანსსპეციფიკური კატეგორიების რევიზიისათვის. მეცნიერებისათვის ერთგვარ გამოწვევას წარმოადგენს სწორი ბალანსის პოვნა, მოახდინოს ტრანსსპეციფიკური საკითხების აღწერა და დიაგნოსტირება იმგვარად, რომ, ერთი მხრივ, არ მოხდეს ადამიანების სტიგმატიზაცია და მეორე მხრივ, იმ ადამიანებისთვის, ვისაც ამის საჭიროება აქვს, შენარჩუნებული იქნას ხელმისაწვდომობა ჯანდაცვის სერვისებზე.

მონოგრაფიები, რომლებიც სამუშაო ჯგუფის ფარგლებში შეიქმნა, უკიდურესად მრავალფეროვანია და დეტალურად აღწერს კულტურული ფაქტორებისა და ნოზოლოგიის გავლენას (მათ შორის, კულტურული ფაქტორების გავლენას შფოთვისა და დეპრესიის გამოვლენასა და სიღრმეზე), ფსიქიკური აშლილობების კლასიფიკაციის გამოცდილებას სხვადასხვა ქვეყნებში, სოციო-კულტურულ ფაქტორებს სომატური

აქტივისტებისათვის, რადგან მიიჩნევენ, რომ ტერმინი ბუნდოვანია და ამასთან, ახდენს ტრანზიციის პროცესის მედიკალიზაციას. იხ. მაგ. STP_Communique. Reflections from STP regarding the ICD revision process and publication of the DSM V. 2013. http://www.stp2012.info/STP_Communique_August2013.pdf

127 მ. ჭავჭანიძე. კლინიკური სექსოლოგიის პროპედევტიკა. თბილისი. 2014

აშლილობების კონტექსტში და სხვ. [128]

ICD-11-ის სამუშაო ვერსიაში[129] უკვე შესაძლებელია კატეგორიზაციასთან დაკავშირებული ცვლილებების ნახვა. ტრანსსპეციფიკური საკითხები ფსიქიკური ჯანმრთელობის სექციის ნაცვლად, ჩართული იქნება სექსუალური ჯანმრთელობის ქვეთავში, რომელიც ახალ რედაქციაში დამოუკიდებელ კატეგორიად იქნება წარმოდგენილი. ICD-10-ში გამოყენებული ტერმინები „გენდერული იდენტობის დარღვევები" ჩანაცვლებული იქნება ახალი, ნაკლებ მასტიგმატიზებელი ტერმინით: „გენდერული შეუსაბამობა" (Gender Incongruence).[130] თუმცა, გენდერის ტრანზიციასთან დაკავშირებულ კატეგორიებზე მუშაობა ჯერ კიდევ არ დასრულებულა. დღემდე დებატების საგნად რჩება გენდერული დისფორიის დიაგნოსტირებისა და მკურნალობის საკითხები ბავშვებში.[131]

იმ ქვეყნების უმეტესობაში, რომლებიც არ კრძალავენ/დასაშვებად მიიჩნევენ ტრანსგენდერი ადამიანებისთვის საჭირო სპეციფიკურ სამედიცინო მომსახურებას ჰორმონული თერაპიისა და სქესის კვლავმინიჭების ქირურგიული პროცედურების ჩათვლით, შესაბამისი კლინიკები/სპეციალისტები ხელმძღვანელობენ ტრანსგენდერთა ჯანმრთელობის მსოფლიო პროფესიული ასოციაციის (WPATH) მიერ შემუშავებული კლინიკური გაიდლაინით - „სამედიცინო ზრუნვის სტანდარტები ტრანსსექსუალი, ტრანსგენდერი და გენდერულად არაკონფორმული ადამიანებისათვის" (SOC)[132]. გაიდლაინი მოიცავს ისეთ

---

128 Darrel a. Regier , Emily a. Kuhl, David j. Kupfer. The DSM V: classification and criteria changes. World Psychiatry 2013;12:92–98.; Drescher, J. Controversies in Gender Diagnoses. LGBT Health Volume 1, #1, 2013.

129 ICD-11 -ის სამუშაო ვერსია ხელმისაწვდომია მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის სპეციალურ ვებ-გვერდზე: http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/l-m/en; უშუალოდ „გენდერულ შეუსაბამობაზე" იხ: http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2ficd%2fentity%2f411470068

130 ICD-11-ზე მომუშავე ჯგუფი, რომელიც მუშაობს სექსუალური აშლილობებისა და სექსუალური ჯანმრთელობის საკითხებზე, თვლის, რომ აუცილებელია უარის თქმა მოდელზე, რომელიც ახდენს ტრანსგენდერთა ფსიქოპათოლოგიზაციას. ისინი დარწმუნებულნი არიან, რომ საჭიროა ახალი მოდელის შემუშავება, რომელიც: 1) ასახავს ამ სფეროში მიმდინარე სამეცნიერო კვლევების შედეგებსა და საუკეთესო პრაქტიკებს; 2) უფრო მგრძნობიარე იქნება ამ მოწყვლადი ჯგუფის უფლებების, გამოცდილებისა და საჭიროებების მიმართ და 3) მიმართული იქნება ჯანმრთელობის სერვისების მაღალი სტანდარტების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფაზე (Drescher, Cohen-Kettenis, Winter 2012: 575)

131 Critique and Alternative Proposal to the "Gender Incongruence of Childhood" Category in ICD-11. GATE Civil Society Expert Working Group Buenos Aires, April 4-6, 2013

132 World Professional Association for Transgender Health (2011) Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People (7th Version). WPATH. ამჟამად ხელმისაწვდომია გაიდლაინის მეშვიდე გადახედვა, რომელიც მნიშვნელოვნად განსხვავდება წინა ვერსიებისაგან. ცვლილებები ეფუძნება დაგროვებულ კლინიკურ გამოცდილებას, კულტურულ ცვლილებებს, ასევე იმის აღიარებას, რომ ტრანსსექსუალ, ტრანსგენდერ და გენდერუალდ არაკონფორმულ ადამიანებს, ჰორმონული თერაპიისა და ქირურგიული ოპერაციის გარდა აქვთ სხვა საჭიროებები და ბარიერები ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში. Coleman, E. (2009a). Toward version 7 of the WPATH's Standards of Care. International Journal of Transgenderism, 11(1), 1–7; Coleman, E. (2009b). Toward version 7 of the WPATH s Standards of Care: Psychological assessment and approaches to treatment. International Jour-

საკითხებს, როგორებიცაა:

ა) განსხვავება გენდერულ არაკონფორმულობასა და გენდერულ დისფორიას შორის;

ბ) ეპიდემიოლოგია;

გ) თერაპიული მიდგომების მიმოხილვა გენდერული დისფორიის მკურნალობისას;

დ) გენდერული დისფორიის შეფასება და მკურნალობა ბავშვებსა და მოზარდებში;

ე) ფსიქიკური ჯანმრთელობა;

ვ) ჰორმონული თერაპია;

ზ) რეპორდუქციული ჯანმრთელობა;

თ) ხმის „დაყენება“ და კომუნიკაციური თერაპია;

ი) ქირურგიული ჩარევა;

კ) პოსტოპერაციული პერიოდი - ზრუნვა და კონტროლი და სხვ.

ლ) ცხოვრების მანძილზე პრევენციული და პირველადი ჯანდაცვა;

მ)“ზრუნვის სტანდარტების“ გამოყენების შესაძლებლობა ინსტიტუციურ გარემოში მცხოვრებ ადამიანებთან; “ზრუნვის სტანდარტების გამოყენება ადამიანებთან, რომლებსაც სქესობრივი განვითარების დარღვევა აქვთ.

გაიდლაინში ინტეგრირებულია კვლევების შედეგები ჰორმონულ თერაპიასთან დაკავშირებული რისკების შეფასების შესახებ[133], კრიტერიუმების ჩამონათვალი ჰორმონული თერაპიისა და ქირურგიული ოპერაციებისათვის[134] და სხვ.

მიუხედავად იმისა, რომ გაიდლაინი გათვლილია საერთაშორისო გამოყენებაზე, WPATH აღიარებს, რომ ის ძირითადად ეფუძნება ჩრდილოამერიკულ და დასავლეთევროპულ კლინიკურ კვლევებსა და ცოდნას ჯანდაცვის სფეროში. ამასთან, ითვალისწინებს, რომ სხვადასხვა ქვეყანაში არსებობს მნიშვნელოვანი განსხვავებები, რომლებიც უკავშირდება დამოკიდებულებას ტრანსგენდერი და გენდერულად არაკონფორმული ადამიანების მიმართ, გენდერულ როლებსა და

nal of Transgenderism, 11(2), 69–73; Coleman, E. (2009c). Toward version 7 of the WPATH's Standards of Care: Hormonal and surgical approaches to treatment. International Journal of Transgenderism, 11(3), 141–145.; Coleman, E. (2009d). Toward version 7 of the's Standards of Care: Medical and therapeutic approaches to treatment. International Journal of Transgenderism, 11(4), 215–219.

133 Hembree WC et al. Endocrine Treatment of Transsexual Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 2009,94:3132–3154.

134 Sohn M, Bosinski HA. Gender identity disorders: diagnostic and surgical aspects. The Journal of Sexual Medicine, 2007, 4:1193–1207. Makadon HJ et al, eds. Fenway Guide to Lesbian, Gay, Bisexual & Transgender Health. American College of Physicians, 2008

სტრატიფიკაციას კონკრეტულ კულტურაში; ენას, რომელიც გამოიყენება განსხვავებული გენდერული იდენტობების აღსაწერად, ეპიდემიოლო–გიას, ხელმისაწვდომობას მკურნალობაზე, შეთავაზებულ რესურსებს, სპეციალისტების რაოდენობასა და პროფილს, სამართლებრივ და პოლიტიკურ საკითხებს, რაც არეგულირებს ამ კონკრეტულ საკითხებს ქვეყნის შიგნით და სხვ. შესაბამისად, სახელმძღვანელოს ავტორები თვლიან, რომ ამ სტანდარტების გამოყენებისას განსხვავებულ კულტურულ კონტექსტში სპეციალისტებმა უნდა გაითვალისწინონ ეს განსხვავებები და მოახდინონ გაიდლაინის ადაპტაცია არსებული რეალობის შესაბამისად.

სწორედ ამიტომ, არსებობს ცალკეული განსხვავებები იმ ქვეყნებში არსებულ პრაქტიკებს შორის, რომლებიც ზრუნვის ძირითად სტანდარტად სწორედ WPATH-ის გაიდლაინს აღიარებენ. აშშ-ის, კანადის, დიდი ბრიტანეთისა და დასავლეთ ევროპული ქვეყნების უმრავლესობაში დამკვიდრებული კლინიკური პრაქტიკები განსხვავდება ერთმანეთისაგან ტრანსსპეციფიკური სამედიცინო სერვისების ეტაპების ხანგრძლივობისა და ურთიერთგანპირობებულობის მიხედვით. მაგ. ტრანზიციის პროცესი ზოგან აუცილებელ ეტაპად მიიჩნევს „შესაბამისი გენდერით ცხოვრების პრაქტიკულ გამოცდილებას“ (რომლის ხანგრძლივობა ასევე განსხვავებულია სხვადასხვა ქვეყნებისათვის), ზოგან საერთოდ არ მახვილდება ყურადღება ამ საკითხზე. ზოგ ქვეყანაში სქესის კვლავმინიჭების ქირურგიული ოპერაციისათვის საკმარისია პირველადი დიაგნოზი გენდერული დისფორიის შესახებ, ზოგან ხელახალი სარეკომენდაციო წერილია საჭირო, რომელიც ადასტურებს ჰორმონული თერაპიის კურსის დასრულებას და შემდგომი პროცედურების ჩატარების აუცილებლობას.

სხვადასხვა ქვეყნებში არსებული პრაქტიკები ასევე განსხვავდება ტრანსსპეციფიკური ჯანდაცვის სერვისების მიწოდების თვალსაზრისითაც. ქვეყნების უმეტესობაში ასეთი სერვისები თავმოყრილია სპეციალიზებულ, მულტიპროფილურ კლინიკებში (მაგ. ნორვეგია და ფინეთი) და სახელმწიფო, თავის მხრივ, აღიარებს მხოლოდ ამ კლინიკაში გაცემულ დიაგნოზებსა და ცნობებს გენდერის ლეგალური აღიარებისას. სხვა პრაქტიკა არსებობს მაგ. დიდ ბრიტანეთსა და აშშ-ში: სპეციალიზებული კლინიკების პარალელურად, ასეთი ცნობა შესაძლოა, ნებისმიერმა მოქმედმა ფსიქოლოგმა ან ფსიქიატრმა გასცეს (თუმცა, ფორმას თან ერთვის სპეციალური დანართები, სადაც ასახული უნდა იყოს კონკრეტული სპეციალისტის ლიცენზია, გამოცდილება და ა.შ.)[135.]

135 აღსანიშნავია, რომ SOC 7 -ი ასე ვიწროდ არ განსაზღვრავს იმ სპეციალისტების წრეს, ვისაც შეუძლია, დასვას დიაგნოზი და თვლის, რომ გენდერული დისფორიის მკურნალობის პროცესში ჩართულ სხვა სპეციალისტსაც (მაგ. ენდოკრინოლოგს) შეუძლია ასეთი ცნობის გაცემა.

ზრუნვის აღნიშნული მოდელი ასევე კრიტიკის საგანია ტრანსგენდერი უფლებადამცველების მხრიდან[136]. მათ მიერ შემოთავაზებული ალტერნატიული მოდელი გულისხმობს აქცენტის წანაცვლებას ტრანსგენდერული იდენტობიდან (როგორც სამედიცინო ჩარევის წინაპირობა) ტრანსფობიაზე. აღნიშნული მოდელი პირველ ეტაპზე საჭიროდ მიიჩნევს საჭიროებების იდენტიფიცირებას და დასაწყისშივე ითვალისწინებს სოცმუშაკების ჩართვას ზრუნვის მოდელში.

> *„პაციენტის მკურნალობისათვის მზაობასა და უფლებაზე ყურადღების გამახვილებაზე მეტად, მკურნალი ექიმი ეხმარება მას, ხელი მიუწვდებოდეს სათემო მხარდაჭერის რესურსებზე, განიხილავს ცხოვრების სხვადასხვაგვარ შესაძლებლობებს, მათ შორის, მათაც, რომლებიც სქესობრივი ბინარული ოპოზიციის გარეთ არსებობს და ეხმარება, მიიღოს გადაწყვეტილება, საჭიროა თუ არა მეორადი სასქესო მახასიათებლების ჩახშობა ან ქირურგიული ჩარევა. მანამდე გაცემული ფსიქიატრიული დიაგნოზის არსებობის შემთხვევაში არ უნდა შეიქმნას დაბრკოლება ჯანმრთელობაზე ზრუნვის ხელმისაწვდომობაში.*
>
> *აღნიშნული მოდელი ხაზს უსვამს სათემო მხარდაჭერის არსებობის მნიშვნელობას, რადგანაც სოციალური მარგინალიზაცია და მარტოობა ერთ-ერთი იმ შედეგთაგანია, რომელსაც სტიგმატიზაცია იწვევს. ასევე, აღსანიშნავია, რომ ამ მოდელის მიხედვით ფსიქიატრიული კონსულტაცია ნებაყოფლობითია.*
>
> *საჭიროებების იდენტიფიცირების შემდეგ პაციენტი განაგრძობს სპეციალისტთან კონსულტაციას ქირურგიული ჩარევისა და მკურნალობის სხვა მეთოდების შესახებ. ამ ფაზაში პაციენტს უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია არა მხოლოდ ქირურგიული ჩარევის სხვადასხვა მეთოდზე, არამედ, აგრეთვე, ისეთი სოციალური ასპექტების ირგვლივაც, როგორებიცაა ფიზიკური ტრანზიციის რისკები და მისი დადებითი შედეგები. ქირურგიული ჩარევის შემდეგ, პაციენტის მოთხოვნის შემთხვევაში, მნიშვნელოვანია ჯანმრთელობაზე ზრუნვის შემდგომი ხელმისაწვდომობა.*[137]“

---

136 „პირველი მნიშვნელოვანი ნაბიჯი ტრანს ჯანდაცვის სფეროში საუკეთესო პრაქტიკების გზამკვლევის შექმნისაკენ არის გაბატონებული სამედიცინო პარადიგმის ხელახლა კონცეპტუალიზაცია, რადგან ტრანს იდენტობა არ განაპირობებს იმას, რომ ადამიანი ეძებს სამედიცინო ჩარევას; მამოძრავებელი ძალა, ამ შემთხვევაში, იმ საზოგადოებრივი ფაქტორების ერთობლიობაა, რომლებიც ტრანს ადამიანების ყოველდღიურ ცხოვრებას ასე ართულებს. სხვაგვარად რომ ვთქვათ, პრობლემაა არა ტრანსსექსუალობა, არამედ ტრანსფობია. ამგვარად, საჯარო ჯანდაცვის ჩარევის ფოკუსი ასეთ შემთხვევებში უნდა იყოს ჯანმრთელობის დეფიციტი, რაც დგება იმის შედეგად, რომ ინდივიდის ბუნებრივ განვითარებას ხელი ეშლება საზოგადოების მიერ თავსმოხვეულ გენდერულ ნორმებთან შეუსაბამობის გამო“. Best practices guide to trans health care in the national health system. STP. 2012

137 ibid

დასკვნები/რეკომენდაციები

პრობლემების სპექტრი, რომლის წინაშეც დგანან ტრანსგენდერი ადამიანები საქართველოში, საკმაოდ ფართოა. გენდერის სამართლებრივი აღიარების საკითხებთან დაკავშირებული პროცესების დაურეგულირებლობა სახელმწიფოს მხრიდან ზრდის უმუშევრობისა და სიღარიბის რისკს, ხელს უწყობს ჯგუფის წევრთა მარგინალიზაციას და კიდევ უფრო მოწყვლადს ხდის მათ საზოგადოებაში არსებული ტრანსფობიური დანაშაულების მიმართ. თავის მხრივ, სტიგმა, უმუშევრობა, სიღარიბის რისკები, კიდევ უფრო ხელმიუწვდომელს ხდის სქესის კვლავმინიჭების სამედიცინო პროცედურებს, რომელთა გავლაც, დამკვიდრებული პრაქტიკის მიხედვით, აუცილებელია გენდერის ლეგალური აღიარებისათვის. ამგვარად, იქმნება ერთგვარი მანკიერი წრე, რომლისგან თავის დაღწევაც ძალიან ძნელია.

მიუხედავად ბოლო წლებში საკანონმდებლო დონეზე მიღწეული პროგრესისა სექსუალური ორიენტაციის/გენდერული იდენტობის საფუძველზე დისკრიმინაციის აღმოფხვრასთან დაკავშირებით, პრაქტიკაში რჩება უამრავი ხარვეზი, რაც დამატებითი ზომების მიღებას საჭიროებს კანონებისა და ნორმატიული აქტების ეფექტურად შესრულების უზრუნველსაყოფად.

საქართველოში არსებული პრაქტიკა, რომელიც გულისხმობს გენდერის სამართლებრივი აღიარებისა და სამედიცინო ტრანზიციის პროცესის ერთმანეთზე მიბმას, მნიშვნელოვან პრობლემებს ქმნის ადამიანის უფლებათა დარღვევის კუთხით. ტრანსგენდერობის ფართო სპექტრის იგნორირების გამო (სამედიცინო ჩარევის თვალსაზრისით, პროცესი შეიძლება, მოიცავდეს მხოლოდ მცირე მასშტაბის ჩარევას, თერაპიას, ისევე, როგორც სქესის კვლავმინიჭების ქირურგიულ ოპერაციას) ადამიანებს უწევთ არჩევანის გაკეთება არასასურველ და საჭიროებას მოკლებულ სამედიცინო ჩარევებსა და გენდერის სამართლებრივ აღიარებას შორის.

გენდერის სამართლებრივი აღიარების პრაქტიკა, რომელიც იძულებით სტერილიზაციას მოითხოვს, ეწინააღმდეგება თანასწორობისა და არადისკრიმინაციულობის მოთხოვნას (საერთაშორისო პაქტი სამოქალაქო და პოლიტიკური უფლებების შესახებ, მე-2 და 26-ე მუხლი; ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების შესახებ საერთაშორისო პაქტი მე-2 მუხლი).

ევროსაბჭომ თავის რეკომენდაციაში CM/Rec(2010)5[138] გენდერის სამართლებრივი აღიარების სტანდარტად დააწესა „სწრაფი, გამჭვირვალე და ხელმისაწვდომი“ პროცედურები. ამასთან, „მოთხოვნები, რომელთა შესრულება სავალდებულოა სქესის იურიდიული აღიარებისთვის; მათ შორის, მოთხოვნები, რომლებიც ეხება ფიზიკური ხასიათის ცვლილებებს, რეგულარულად უნდა იქნას გადახედილი არაჰუმანურ მოთხოვნათა გაუქმების მიზნით“.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია, გაეროს ადამიანის უფლებათა უმაღლესი კომისარიატი, გაეროს ქალთა ორგანიზაცია, გაეროს ბავშთა ფონდი, გაეროს მოსახლეობის ფონდი და სხვ. სრულად იზიარებენ ამ პოზიციას.[139] იძულებითი სტერილიზაციის პრაქტიკას დაუშვებლად მიიჩნევს მსოფლიო სამედიცინო ასოციაცია (WMA) და ჯანდაცვისა და ადამიანის უფლებათა ორგანიზაციების საერთაშორისო ფედერაცია (IFHHRO). ეს უკანასკნელი ტრანსგენდერ ადამიანებზე სპეციფიკურ აქცენტსაც კი აკეთებს.[140,141]

CEDAW კომიტეტი პირდაპირ მოუწოდებს საქართველოს მთავრობას, „გააუქმოს ტრანსგენდერი ადამიანებისათვის პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის მიღების პროცესში არსებული შეზღუდვები“.[142]

საქართველოში ტრანსგენდერობის სრული პათოლოგიზაცია და მედიკალიზაცია, რომელიც სრულად გამორიცხავს ტრანსგენდერობის ფართო სპექტრს, სამედიცინო ტრანზიციის პროცესის დაურეგულირებლობა სახელმწიფოს მხრიდან, ტრანზიციისათვის საჭირო სამედიცინო პროცედურების სიძვირე, სამედიცინო პერსონალის დაბალი ინფორმირებულობა ზოგადად ტრანსგენდერობის/ ინტერსექსუალობის შესახებ და ჯგუფის საჭიროებებზე ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში და სხვ., ასევე, ხელს უშლის ტრანსგენდერ ადამიანებს, მოიძიონ და მიიღონ ხარისხიანი სამედიცინო დახმარება.

---

138 ევროპის საბჭოს მინისტრთა კომიტეტის CM/REC(2010)5 რეკომენდაცია წევრი სახელმწიფოების მიმართ სექსუალური ორიენტაციისა და გენდერული იდენტობის საფუძველზე დისკრიმინაციის წინააღმდეგ ზომების მიღების შესახებ.

139 Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization. An interagency statement. OHCHR, UN Women, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF and WHO. 2014

140 ჯანდაცვისა და ადამიანის უფლებების ორგანიზაციების მსოფლიო სამედიცინო ასოციაცია და საერთაშორისო ფედერაცია, „გლობალური ორგანოები იძულებითი სტერილიზაციის აღკვეთას მოითხოვენ“, მედიაპუბლიკაცია, 5 სექტემბერი 2011)

141 დამატებითი ინფორმაცია ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო სტანდარტების შესახებ ტრანსგენდერ ადამიანთა იძულებითი სტერილიზაციის თაობაზე შეგიძლიათ იხ. WISG-ის ILGA-Europe-სა და TGEU-ს მიერ ევროპის სოციალური ქარტიისათვის მომზადებულ ერთიან ჩრდილოვან ანგარიშში ჯანმრთელობის უფლების დაცვის შესახებ. 2014.

142 CEDAW/C/GEO/CO/4-5. Concluding observations on the combined fourth and fifth periodic reports of Georgia. Adopted by the Committee at its fifty-eighth session (30 June – 18 July 2014).

როგორც კვლევები აჩვენებს, სტიგმის, მარგინალიზაციისა და დისკრიმინაციის ყოველდღიური გამოცდილების ფონზე, ტრანსგენდერ ადამიანებს სხვა სახის პრობლემებიც ექმნებათ, რაც უკავშირდება უმუშევრობასა და უსახლკარობის რისკებს. სახელმწიფოს სტრატეგია ჯანდაცვის საკითხებში, სადაც აქცენტი კეთდება სხვადასხვა მოწყვლად ჯგუფებზე, არ ითვალისწინებს/არ აღიარებს ტრანსგენდერ ადამიანთა სოციალურ და ტრანსსპეციფიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ საჭიროებებს.[143]

გენდერის სამართლებრივი აღიარება

პირველ რიგში, აუცილებელია მაქსიმალურად გაიმიჯნოს ერთმანეთისაგან გენდერის სამართლებრივი აღიარებისა და სქესის კვლავმინიჭების სამედიცინო პროცედურები. იმ ქვეყნების გამოცდილების გაზიარება, სადაც აღნიშნული საკითხი საკანონმდებლო დონეზე რეგულირდება, მეტ დროსა და ძალისხმევას მოითხოვს. ამ თვალსაზრისით, საქართველოსათვის რელევანტური იქნება იმ ქვეყნების გამოცდილების გათვალისწინება (მაგ. უნგრეთი), სადაც საკითხი არ რეგულირდება კანონით, თუმცა, არსებობს დამკვიდრებული ადმინისტრაციული პრაქტიკა.

არგენტინისა და დანიის მაგალითი, სადაც გენდერის ლეგალური აღიარების პროცესი საერთოდ არაა მიბმული დიაგნოზსა და სამედიცინო პროცედურებზე, საუკეთესოდ და ყველაზე პროგრესულად ითვლება. თუმცა, სულ უფრო იზრდება იმ ქვეყნების რიცხვი, სადაც იძულებითი სტერილიზაცია აღარ მიიჩნევა გენდერის ლეგალური აღიარების აუცილებელ წინაპირობად (უნგრეთი, ესპანეთი, პორტუგალია, დიდი ბრიტანეთი, ავსტრია, გერმანია, შვედეთი). ამ ქვეყნების უმრავლესობაში ლეგალური აღიარებისათვის საკმარისია დიაგნოზი (ზოგან დიაგნოზი და ცნობა ჰორმონული თერაპიის და/ან გარკვეული პერიოდით „პრაქტიკული გამოცდილების" ქონა). ამ მხრივ საინტერესოა დიდი ბრიტანეთის გამოცდილება, სადაც საპასპორტო მონაცემების შეცვლა შესაძლებელია დიაგნოზის გარეშე, მოქმედი ექიმისგან გაცემული ანგარიშის საფუძველზე, რომელიც „ადასტურებს ადამიანის საჭიროებას, იცხოვროს სხვა გენდერით".[144]

ლოგიკური იქნება, თუ ჩვენთან ამგვარი ცნობა გაიცემა მცირე ზომის მულტიპროფილური ჯგუფის მიერ, რომელშიც ჩართული იქნება სოცმუშაკიც, რათა პირველივე ეტაპზე შეფასდეს იმ ადამიანის სხვა

143 სახელმწიფო სტრატეგია ჯანდაცვის საკითხებში (2011-2015 წ)

144 იხ. დანართი N 1

სოციალური საჭიროებებიც. აღნიშნულ ცნობაში მითითებული იქნება მხოლოდ სტატუსი (და არა დიაგნოზი).

კომპრომისულ ვარიანტად შეიძლება, განვიხილოთ გენდერის ლეგალური აღიარების შესაძლებლობა სამედიცინო ტრანზიციის პირველივე ეტაპზე - გენდერული დისფორიის დიაგნოზის საფუძველზე.

- ჯანდაცვისა და იუსტიციის სამინისტრომ უნდა იმოქმედონ კოორდინირებულად, რათა შესაძლებელი გახდეს ტრანსგენდერი პირებისთვის სახელმწიფო და არასახელმწიფო დაწესებულებების მიერ გაცემულ ყველა ძირითად დოკუმენტში მათი გენდერული იდენტობის ასახვის სწრაფი, გამჭვირვალე და ხელმისაწვდომი პროცედურების დანერგვა ახალი ადმინისტრაციული პრაქტიკის დამკვიდრების გზით, რომელიც მაქსიმალურად იქნება გამიჯნული სამედიცინო ტრანზიციის პროცესისაგან;

უფლება ჯანდაცვის უმაღლეს სტანდარტზე

ტრანსგენდერ ადამიანთა საჭიროებები არ არის შესწავლილი და სათანადოდ ასახული სახელმწიფო პროგრამებსა და ჯანდაცვის სტრატეგიებში. ტრანსგენდერობის/ინტერსექსუალობის შესახებ საბაზისო ცოდნის ნაკლებობა პირველადი ჯანდაცვის რგოლის სპეციალისტებში ქმნის დისკრიმინაციისა და არასათანადო მოპყრობის საფრთხეს ტრანსგენდერი ადამიანებისათვის. ასევე აფერხებს მათი საჭიროებების იდენტიფიცირებას და შემდგომ რეფერირებას პირველადი ჯანდაცვის დონეზე. ტრანსგენდერობა განიხილება, როგორც სამედიცინო პრობლემა, რომელიც საჭიროებს კლინიკურ ჩარევასა და მკურნალობას. ტრანსსპეციფიკურ სამედიცინო ტრანზიციასთან დაკავშირებული საკითხები ასევე არ რეგულირდება სახელმწიფოს მხრიდან. არ არსებობს ეროვნული კლინიკური გაიდლაინები, რომლებიც უზრუნველყოფდა გაწეული სამედიცინო მომსახურების კონტროლს სახელმწიფოს მხრიდან.

საქართველოში ჯანმრთელობის დაზღვევის არც სახელმწიფო და არც კერძო კომპანიების პოლისი არ ითვალისწინებს სქესის კვლავმინიჭებასთან დაკავშირებული სამედიცინო პროცედურების ანაზღაურებას ტრანზიციის არც ერთ ეტაპზე. სქესის კვლავმინიჭე–ბასთან დაკავშირებული სამედიცინო მომსახურებისათვის საჭირო ხარჯებიხელმიუწვდომელიატრანსგენდერადამიანთაუმეტესობისათვის, რაც არათანაბარ მდგომარეობაში აყენებს ტრანსგენდერ ადამიანებს სხვა მოქალაქეებთან მიმართებაში. აღნიშნული პრობლემა, შესაძლოა, დარეგულირდეს სქესის კვლავმინიჭებასთან დაკავშირებული

სამედიცინო მომსახურებისათვის საჭირო ხარჯების სახელმწიფო დაფინანსების/ თანადაფინანსების შესახებ სამართლებრივი ნორმებით.

ხელმისაწვდომობა ჯანდაცვის სერვისებზე დისკრიმინაციის გარეშე

სამედიცინო პერსონალის მხირდან სტიგმის, შესაძლო დისკრიმინაციისა და არასათანადო მოპყრობის თავიდან ასაცილებლად საჭიროა:

- ჯანდაცვისა და განათლების სამინისტრომ იმოქმედონ კოორდინირებულად, რათა გადაიხედოს სამედიცინო განათლების სახელმძღვანელოები, რომლებიც შეიცავენ მასტიგმატიზებელ/ დისკრიმინაციულ განსაზღვრებებს;
- უზრუნველყოფილი იქნას ჯანდაცვის სფეროში მომუშავე პერსონალისთვის კვალიფიკაციის/რეკვალიფიკაციისა თუ სერტიფიცირების პროგრამებსა და კურიკულუმებში ტრანსგენდერობის/ტრანსსექსუალობისა და ინტერსექსუალობის შესახებ საბაზისო ინფორმაციის ჩართვა;
- ტრანსსენსიტიური ქცევის კოდექსებისა და პროტოკოლების შემუშავება კლინიკების დონეზე;
- სამედიცინო ტრანზიციის პროცესის რეგულირება ისე, რომ ტრანსგენდერ პირებს ეფექტურად მიუწვდებოდეთ ხელი საყოველთაოდ აღიარებული საერთაშორისო სტანდარტების შესაბამის სამედიცინო მომსახურებაზე და ამის ხარჯებს საზოგადოებრივი ჯანდაცვა ფარავდეს.

ხელმისაწვდომობა ჯანდაცვის ხარისხიან სერვისებზე

სახელმწიფოს მხრიდან მიწოდებული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მექანიზმია ეროვნული კლინიკური გაიდლაინების არსებობა. ვინაიდან უკვე არსებობს ტრანსგენდერ ადამიანთა ჯანმრთელობაზე ზრუნვის საერთაშორისო გაიდლაინი, რომელიც ეყრდნობა უახლეს კვლევებს დაგროვებული კლინიკური გამოცდილების შესახებ და, ამავდროულად, ასახავს მსოფლიოში მიმდინარე პროცესებს ტრანსგენდერობის დეპათოლოგიზაციასთან დაკავშირებით, საჭიროა:

- ტრანსგენდერი, ტრანსექსუალი და გენდერულად არაკონფორმული ადამიანების საჭიროებებზე ორიენტირებული საერთაშორისო კლინიკური გაიდლაინის ადაპტირება და დანერგვა ტრანსგენდერი ადამიანებისათვის ხარისხიან ჯანდაცვაზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად;
- მეორადი და მესამედი ჯანდაცვის სპეციალისტების კვალიფიკაციის ამაღლება ტრანსგენდერობასთან დაკავშირებულ საკითხებზე.

ზემოთქმულის გარდა,

- აუცილებელია ტრანსგენდერ ადამიანთა სოციალური საჭიროებების შესწავლა და მათი ადეკვატური ასახვა სახელმწიფო გეგმებსა და ჯანდაცვის სტრატეგიებში;
- ტრანსგენდერი აქტივისტების, უფლებადამცველების ჩართულობის უზრუნველყოფა ყველა პროცესში.

ტერმინოლოგია

გეი - ჰომოსექსუალის სინონიმი. ტერმინი ხშირად გამოიყენება მხოლოდ მამაკაცებთან მიმართებაში და აღნიშნავს მამაკაცს, რომელსაც ემოციურად და ფიზიკურად იზიდავს მამაკაცი.

გენდერული იდენტობა – ადამიანის გენდერული თვითაღქმა, როდესაც ის თავს მიაკუთვნებს რომელიმე გენდერს. პიროვნება შეიძლება ახდენდეს თვით-იდენტიფიკაციას მამაკაცად ან ქალად. ზოგ შემთხვევაში კი მისი თვითაღქმა მამაკაცურობისა და ქალურობის სოციალურ კონსტრუქტებს შორისაა ან საერთოდ სცილდება მას. გენდერული იდენტობა შეიძლება იყოს ან არც იყოს ადამიანის დაბადების სქესთან თანხმობაში. იქედან გამომდინარე, რომ გენდერული იდენტობა შინაგანი, ინტერნალური მოცემულობაა, ის არ არის ხილული სხვებისთვის. გენდერული იდენტობა განსხვავდება სექსუალური ორიენტაციისგან.

გენდერული (თვით)გამოხატვა – გენდერის გარეგნული მანიფესტაცია, რომელიც ძირითადად „მასკულინურ" და „ფემინურ" ჩაცმულობაში, გარეგნობაში, მანერებში, მეტყველებასა და სხვა სახის ქცევებში ვლინდება. გენდერული გამოხატვა ყოველთვის არ არის სექსუალური ორიენტაციის, ან გენდერულ იდენტობის ინდიკატორი.

გენდერული არაკონფორმულობა და გენდერული ვარიაცია – პიროვნების პროტესტისა და წინააღმდეგობის გამოვლინება დამკვიდრებულ გენდერულ „ნორმებთან" და „შესაბამისობებთან". გენდერული არაკონფორმულობა შეიძლება, გამოვლიდნეს იმისგან დამოუკიდებლად, ახდენს თუ არა ადამიანი საკუთარი დაბადების სქესისა და გენდერული იდენტობის შეთავსებას.

გენდერული დისფორია - დიაგნოზი, რომელსაც იყენებენ ფსიქოლოგები და ფსიქიატრები იმ დისტრესის აღსაწერად, რასაც ზოგიერთი ინდივიდი განიცდის დაბადებისას მინიჭებულ სქესსა და გენდერულ თვითაღქმას შორის განსხვავების გამო.

ინტერსექსი – ადამიანი, რომლის ანატომია არ შეესაბამება ისეთ ბიოლოგიურ სტანდარტებს, რომელიც აღიარებს მხოლოდ ორ სქესს – მამრი და მდედრი. ინტერსექსუალობა არ თავსდება მხოლოდ მდედრის ან მხოლოდ მამრის ბიოლოგიურ მახასიათებლებში, რაც შეიძლება, გამოიხატოს როგორც ქრომოსომულ ან ჰორმონულ, ასევე გენიტალიურ დონეზე. ინტერსექსუალობა შეიძლება, დაბადებისთანავე შესამჩნევი იყოს ან მოგვიანებით განვითარდეს.

ლესბოსელი – ქალი, რომელსაც ემოციურად და ფიზიკურად იზიდავს ქალი.

ლგბტი – აბრევიატურა, რომელსაც იყენებენ გეი, ლესბოსელი, ბისექსუალი, ტრანსგენდერი და ინტერსექსუალი ადამიანების აღსანიშნავად.

მამაკაცი, რომელსაც სექსი აქვს მამაკაცთან (MSM) - ეპიდემიოლოგიური კატეგორია, რომელიც უფრო სექსუალურ ქცევას შეესაბამება, ვიდრე - იდენტობას.

გამოიყენება ყველა იმ მამაკაცის ქცევის აღსაწერად, რომელთაც სექსი აქვთ მამაკაცთან განურჩევლად მათი სექსუალური ორიენტაციისა და გენდერული იდენტობისა.

სექსუალური ორიენტაცია – ინდივიდის მდგრადი ფიზიკური, რომანტიკული, ემოციური და/ან სულიერი მიზიდულობა სხვა ადამიანის მიმართ. იგი მოიცავს ლესბოსურ, გეი, ბისექსუალურ და ჰეტეროსექსუალურ ორიენტაციას.

სქესი - მახასიათებლების ერთობლიობა (ანატომიური, ფიზიოლოგიური, ბიოქიმიური, გენეტიკური), რომელიც განასხვავებს მდედრის და მამრის ორგანიზმს.

ტრანსგენდერი – ქოლგა ტერმინი, რომელიც აღნიშნავს ადამიანებს, ვისი გენდერული იდენტობა, გამოხატვა და ქცევა განსხვავდება მისი ბიოლოგიური სქესის ტიპური მახასიათებლებისგან. ეს ტერმინი გულისხმობს ასევე ტრანსსექსუალებს, ტრავესტებს, ტრანსვესტიტებს, ტრანსგენდერებს, ქროს-დრესერებს და გენდერულად არაკონფორმულ ადამიანებს. ტრანსგენდერ ადამიანებს შეიძლება ჰქონდეთ ჰეტერო, ჰომო ან ბისექსუალური ორიენტაცია.

ტრანსგენდერი მამაკაცი – ადამიანი, ვინც დაბადებისას მიაკუთვნეს მდედრობით სქესს, მაგრამ ახდენს საკუთარი თავის, როგორც მამაკაცის, იდენტიფიკაციას. ტრანსგენდერ მამაკაცებს ასევე უწოდენებ FtM -ს (Female-to-Male).

ტრანსგენდერი ქალი – ადამიანი, რომელიც დაბადებისას მიაკუთვნეს მამრობით სქესს, მაგრამ თვითიდენტიფიკაციას ახდენს, როგორც ქალი. ტრანსგენდერ ქალს ასევე უწოდებენ MtF- (Male-to-Female).

ტრანსსექსუალი – ადამიანი, რომლის გენდერული იდენტობა განსხვავდება დაბადებისას მინიჭებული სქესობრივი მიკუთვნებულობისგან. ხშირად ტრანსსექსუალ ადამიანებს სურთ სხეულის კორექცია ჰორმონების ან ქირურგიული ჩარევის გზით, რათა მიუსადაგონ ის მათსავე გენდერულ იდენტობას.

ქალი, რომელსაც სექსი აქვს ქალთან (WSW) - ეპიდემიოლოგიური კატეგორია, რომელიც უფრო სექსუალურ ქცევას შეესაბამება, ვიდრე - იდენტობას გამოიყენება ყველა იმ ქალის ქცევის აღსაწერად, რომელთაც სექსი აქვთ ქალთან განურჩევლად მათი სექსუალური ორიენტაციისა და გენდერული იდენტობისა.

ჰომოფობია/ტრანსფობია – ირაციონალური შიში და სიძულვილი ლესბოსელების, გეების, ბისექსუალებისა და ტრანსგენდერი ადამიანების მიმართ, რომელიც ეფუძნება წინასწარგანწყობას და მსგავსია რასიზმის, ქსენოფობიის, ანტისემიტიზმისა და სექსიზმისა (European Parliament resolution on homophobia in Europe. P6_TA(2006)0018. 18 January 2006).

დანართები

დანართი N1. გენდერის სამართლებრივი აღიარების საკანონმდებლო ნორმებისა და პრაქტიკების მოკლე მიმოხილვა

მომზადებულია „License to Be Yourself. Laws and Advocacy for Legal Gender Recognition of Trans People"-ის მიხედვით[145]

გენდერის სამართლებრივი აღიარების კანონი/სამართლებრივი პრაქტიკა დაფუძნებულია გენდერულ თვითაღქმაზე, პათოლოგიზაციისა და შესაბამისი დიაგნოზის მოთხოვნის გარეშე

არგენტინაში 2012 წელს მიღებული ტრანსგენდერი ადამიანებისათვის გენდერულ იდენტობასა და ჯანმრთელობაზე მრავალმხრივი ზრუნვის კანონი („გენდერული იდენტობის კანონი") საშუალებას აძლევს ადამიანს, მოითხოვოს საბუთებში სქესის შესახებ ჩანაწერის, სახელისა და ფოტოსურათის შეცვლა იმისათვის, რომ ეს მარკერები დაემთხვას მის თვითაღქმას (მუხლი 3). ამისათვის არავითარი სამედიცინო პროცედურა, ექიმის მოსაზრება ან ჩვენება არ არის საჭირო (მუხლი 4).

ინდოეთში დიაგნოზი ყოველთვის არ არის აუცილებელი ჰიჯრებისთვის საბუთებში სქესის შესახებ ჩანაწერის შესაცვლელად ან მეტიებისთვის იმისათვის, რომ ნეპალის მოქალაქის ბარათში „სხვა" ჩაეწეროთ მდედრობითის ან მამრობითის ნაცვლად. თუმცა, ბუნდოვნად რჩება, რა სამართლებრივი სტატუსი აქვს ამ დოკუმენტებს სხვა შემთხვევებში და ვის მიუწვდება ხელი მათ მიღებაზე. ტრანსგენდერ ადამიანებს, რომლებსაც სურთ მდედრობითიდან მამრობითზე ან პირიქით შეიცვალონ სქესის შესახებ ჩანაწერი, როგორც წესი, მოეთხოვებათ გენდერული იდენტობის დარღვევის დიაგნოზის მიღება.

ირლანდიაში შესაბამისი კანონპროექტი შეკითხვებს აჩენს: მაშინ, როცა დიაგნოზი არ არის საჭირო, აპლიკანტის დეკლარაციას უნდა მოჰყვებოდეს პირველადი რგოლის მკურნალი ექიმის განცხადება, „რომელიც ადასტურებს, რომ ადამიანი ტრანზიციას გადის... და რომ ის კმაყოფილია და სრულად აცნობიერებს თავის გადაწყვეტილებას, მუდმივად იცხოვროს" იმ გენდერში, რომელსაც ირჩევს.

საპასპორტო მონაცემები, მაგრამ არა დაბადების მოწმობა, შეიძლება, შეიცვალოს დიაგნოზისა და ნებისმიერი სხვა სახის სამედიცინო ინფორმაციის გარეშე ახალ ზელანდიაში. ერთადერთი კრიტერიუმი არის ადამიანის გენდერული თვითაღქმა.

რიგი სხვა ქვეყნებისა, რომლებიც ჯერ კიდევ მოითხოვს ექიმის მიერ გაცემულ თანმდევ დოკუმენტაციას პირადობის დამადასტურებელ დოკუმენტებში სქესის შესახებ ჩანაწერის შესაცვლელვად, იყენებს ზოგად ფორმულირებებს

145 OSI 2014, License to Be Yourself. Laws and Advocacy for Legal Gender Recognition of Trans People.

იმისათვის, რომ თავიდან აიცილოს დიაგნოზის ან მკურნალობის მოთხოვნა. ავსტრალიასა და ამერიკის შეერთებულ შტატებში სარეკომენდაციო წერილი ეხება „შესაბამის კლინიკურ მკურნალობას“. ორივე ქვეყნის მთავრობა უზრუნველყოფს ძალიან მსგავს ფორმულარს ამ წერილისთვის. ეს არ აძლევს საშუალებას სამედიცინო პერსონალს, გააზიარონ დამატებითი სამედიცინო ინფორმაცია იმისათვის, რომ მოხდეს აპლიკანტის პირად მონაცემთა დაცვა. 2013 წლის ნოემბერში ავსტრალიის ფედერალური ტერიტორია გახდა ავსტრალიის პირველი შტატი, რომელმაც შემოიღო იმავე ტიპის სამართლებრივი ბარიერი ასევე დაბადების მოწმობების შეცვლასთან დაკავშირებით. აქტივისტები მიესალმნენ ამ ცვლილებას, რომელიც აუქმებს ყოველგვარი სამედიცინო ჩარევის საჭიროებას სქესის შესახებ ჩანაწერის შეცვლისათვის.

გაერთიანებულ სამეფოში შესაძლებელია შეიცვალოს საპასპორტო მონაცემები დიაგნოზის გარეშე, მოქმედი ექიმისგან გაცემული ანგარიშის საფუძველზე, რომელიც „ადასტურებს ადამიანის საჭიროებას, იცხოვროს სხვა გენდერით“.

დანიაში მიიღეს კანონი, რომლის მიხედვითაც ადამიანს შეეძლება, შეიცვალოს სქესის შესახებ ჩანაწერი სამოქალაქო რეესტრში, მხოლოდ და მხოლოდ პირადი დეკლარაციის საფუძველზე, სადაც განმარტებულია, რომ მისი გენდერი არის რეგისტრირებული გენდერის საპირისპირო. მესამე პირის ჩარევა ამ პროცესში საჭირო არ არის. სქესის შესახებ ჩანაწერი შეიცვლება 6 თვის შემდეგ, როდესაც აპლიკანტი დაადასტურებს მას და ასევე მოხდება დადასტურება იმისა, რომ განაცხადი არ იქნა გაკეთებული იმპულსზე დაფუძნებით ან რამე დანაშაულის დაფარვის მიზნით.

გენდერის სამართლებრივი აღიარების კანონი/სამართლებრივი პრაქტიკა არ ითხოვს იძულებით სტერილიზაციას

არგენტინის გენდერული იდენტობის კანონის მეოთხე მუხლი ამბობს: „არავითარ შემთხვევაში არ იქნება საჭირო გენიტალიური კვლავმინიჭების სრული ან ნაწილობრივი ქირურგიული ოპერაციის, ჰორმონული თერაპიის ან რამე სხვა ფსიქოლოგიური ან სამედიცინო მკურნალობის გავლის დადასტურება“.

სამხრეთ აფრიკაში 2003 წელს მიღებული სქესის აღწერისა და სქესობრივი სტატუსის შეცვლის კანონი თეორიულად არ მოითხოვს სპეციფიკურ სამედიცინო ჩარევებს. ეს იმიტომ ხდება, რომ კანონში მოცემული ფართო დეფინიციები მოიცავს იმ ადამიანებსაც, რომლებმაც საკუთარი გენდერული მახასიათებლები და თვითგამოხატვა შეცვალეს ფიზიკური ცვლილებების გარეშე. სამედიცინო ანგარიში, რომელიც ადასტურებს ტრანსგენდერი ან ინტერსექსი პირის მიერ გავლილ ნაბიჯებს, შეიძლება, გაიცეს ნებისმიერი ადამიანის მიერ, რომელსაც უფლება აქვს, აწარმოოს სამედიცინო საქმიანობა. ეს მოიცავს ასევე ტრადიციულ მკურნალებს. სამწუხაროდ, პრაქტიკაში სქესის კვლავმინიჭების ოპერაციის დასტური,

უმეტეს შემთხვევაში, საჭირო ხდება სამხრეთ აფრიკაში.

ბოცვანაში ასევე შესაძლებელია სასამართლოსათვის მიმართვა გენდერის სამართლებრივი აღიარებისთვის, სამედიცინო ტრანზიციის დოკუმენტირებული მტკიცებულების საფუძველზე. ეს არ მოითხოვს სტერილიზაციას.

უნგრეთში, პორტუგალიაში, ესპანეთსა და გაერთიანებულ სამეფოში არ არის სტერილიზაციის მოთხოვნა სქესის სამართლებრივი აღიარებისთვის.

2009 წელს ავსტრიის ადმინისტრაციულმა უზენაესმა სასამართლომ დაადგინა, რომ სქესის სამართლებრივი აღიარებისთვის გენდერის კვლავმინიჭების აუცილებელ პირობად დაყენება უკანონოა. გერმანიაში 2011 წელს ფედერალურმა საკონსტიტუციო სასამართლომ გააუქმა სქესის სამართლებრივი აღიარებისთვის გენდერის დადასტურების ოპერაციების ჩატარება პერმანენტული სტერილურობის დასამტკიცებლად. სასამართლომ მიიჩნია, რომ მსგავსი ოპერაციები წინააღმდეგობაში მოდის სქესობრივი თვითიდენტიფიკაციისა და ფიზიკური ხელშეუხებლობის უფლებასთან.

მთელ რიგ იურისდიქციებში, რომლებიც ჯერ კიდევ მოითხოვს რამე ტიპის სამედიცინო ან ქირურგიულ ჩარევებს, სასამართლო საქმეები ფოკუსირდება განსაკუთრებით მაღალ ზღურბლზე, რომელსაც „გენდერის სრული კვლავმინიჭება“ უყენებს ტრანს კაცებს. ახალ ზელანდიაში ოჯახის სასამართლომ და დასავლეთ ავსტრალიის უზენაესმა სასამართლომ დაადგინა, რომ ტრანსგენდერმა კაცებმა უნდა შეძლონ სქესის შესახებ ჩანაწერის შეცვლა გენიტალიების ქირურგიული შეცვლისა და რეპროდუქციული ორგანოების მოცილების გარეშე.

გენდერის სამართლებრივი აღიარების კანონი/სამართლებრივი პრაქტიკა არ ითხოვს ადამიანის მიერ პერმანენტულად ან განგრძობითად რომელიმე გენდერში ცხოვრებას

ისტორიულად გენდერის აღიარების კანონები ძალიან მჭიდროდ იყო დაკავშირებული ტრანზიციის სამედიცინო პროცესთან. სამედიცინო პერსონალი, როგორც წესი, მოითხოვდა ტრანსგენდერი ადამიანებისგან, რაღაცა პერიოდის განმავლობაში ეცხოვრათ მათთვის სასურველ გენდერში, სანამ მათ შეეძლებოდათ ჰორმონული თერაპიის ან ოპერაციების დაწყება. ამას მოიხსენიებდნენ, როგორც ტრანსგენდერი ადამიანის „ცხოვრების პრაქტიკულ გამოცდილებას“. ზოგიერთ ქვეყანაში ეს პროცედურა იყო ასევე სქესის სამართლებრივი აღიარების პრერეკვიზიტი.

ადამიანის უფლებათა ევროპულმა სასამართლომ გამოიტანა განაჩენი, რომელიც ამბობს, რომ სახელმწიფოებს აქვთ დისკრეცია გენდერის სამართლებრივი აღიარების საკითხებში. თუმცა 1986 წლიდან ის „ხაზს უსვამს, რომ მნიშვნელოვანია ლეგალური ზომების საჭიროების საკითხი გადახედვას ექვემდებარებოდეს სამეცნიერო და საზოგადოებრივი განვითარების გათვალისწინებით“.(Goodwin v.UK,2002) ორი ასეთი

განვითარება არის რელევანტური ჩვენს შემთხვევაში. პირველ რიგში, დღეს ბევრი გენდერული აღიარების კანონი და პოლიტიკა ვითარდება ტრანზიციის სამედიცინო პროცესზე დაყრდნობის გარეშე. მეორეც, ტრანსგენდერი ადამიანების ჯანმრთელობის მსოფლიო პროფესიული ასოციაციის „ზრუნვის სტანდარტები" ჩამოშორდა „ცხოვრების პრაქტიკული გამოცდილების" ფოკუსს. ამგვარად, მსგავსი ფოკუსი ვერ იქნება შესაფერისი გენდერული აღიარების კანონებში.

არგენტინის გენდერული იდენტობის კანონი არ მოითხოვს, რომ ადამიანს ჰქონდეს „პრაქტიკული გამოცდილება", იცხოვროს მისი გენდერული იდენტობის შესაბამის გენდერულ როლში. ის ასევე არ ითხოვს ადამიანისგან იმის დადასტურებას, რომ გენდერის შეცვლის გადაწყვეტილება პერმანენტულია. ის ასევე უშვებს იმის შესაძლებლობას, რომ სქესის შესახებ ჩანაწერი მომავალში შეიცვალოს (მუხლი 8).

მაშინ, როცა გენდერული იდენტობის კანონი No. 7/2011 პორტუგალიაში მოითხოვს გენდერული იდენტობის დარღვევის დიაგნოზს, ის საჭიროდ არ თვლის სპეციფიკურ სამედიცინო ჩარევებს ან „ცხოვრების პრაქტიკულ გამოცდილებას". ეს უკანასკნელი, შეიძლება, ნაგულისხმევი იყოს დიაგნოზში, იმისდა მიხედვით, თუ რომელი სტანდარტებით ხელმძღვანელობს მულტიდისციპლინარული კლინიკური გუნდი, რომელიც შესაბამის დიაგნოზს გასცემს.

გენდერის სამართლებრივი აღიარების კანონი/სამართლებრივი პრაქტიკა იძლევა მესამე სქესის/გენდერის არჩევის საშუალებას

1990-იანი წლებიდან ახალ ზელანდიაში ტრანსგენდერ ადამიანებს შეუძლიათ, შეიცვალონ სქესის შესახებ ჩანაწერი პასპორტში და აირჩიონ „განუსაზღვრელი" მას შემდეგ, რაც ისინი ტრანზიციას დაიწყებენ. შესაბამისი აპლიკაციის შევსების შემდეგ ტრანსგენდერ ადამიანს შეუძლია, მოითხოვოს, რომ მისი სქესის შესახებ ჩანაწერი შეიცვალოს X-ით.

ახალი ზელანდიის ოფიციალური განცხადების პროცესი კიდევ უფრო გამარტივდა 2012 წლის ნოემბერში. ამჟამად ახალი ზელანდიის ნებისმიერ მოქალაქეს შეუძლია, აირჩიოს სამიდან (მდედრობითი, მამრობითი და X) ნებისმიერი გენდერული მარკერი პასპორტისთვის, მხოლოდ და მხოლოდ მათი გენდერული თვითაღქმის საფუძველზე. 2012 წლის ივნისიდან ახალი ზელანდიის მართვის მოწმობებისთვის იგივე პროცედურა იქნა შემუშავებული , მიუხედავად იმისა, რომ გენდერი მხოლოდ შიდა მონაცემთა ბაზაში ინახება და არ ჩანს თავად მოწმობაზე.

არავითარი სამედიცინო პროცედურა ან რამე სახის მტკიცებულება არაა საჭირო ზრდასრული ტრანსგენდერი ადამიანებისათვის ამ პროცესების გასავლელად. თუმცა, 18 წლამდე ასაკის ტრანსგენდერი ადამიანებისთვის საჭიროა ორი სარეკომენდაციო წერილი (კანონიერი მეურვისა და ფსიქოლოგის ან ექიმისგან).

ავსტრალიაში 2003 წლიდან არის შესაძლებელი ინტერსექსი ადამიანებისათვის სქესის შესახებ ჩანაწერი შეიცვალონ პასპორტში და აირჩიონ X, თუკი მათ დაბადების მოწმობაში აღნიშნულია, რომ სქესი დადგენილი არ არის. 2011 წლიდან ავსტრალიის პასპორტების გაცემის პოლიტიკა გამარტივდა და გავრცელდა ნებისმიერ ტრანსგენდერ და ინტერსექს ადამიანზე. ერთადერთი მოთხოვნა აქ არის სარეკომენდაციო წერილი მოქმედი ექიმისგან, რომელიც ადასტურებს, რომ ადამიანი ან ინტერსექსია ან „იღებს (ან იღებდა) შესაბამის კლინიკურ მკურნალობას გენდერული ტრანზიციისთვის“.

ნეპალში მოქალაქის ბარათი გაიცემა ზრდასრულ კაცებსა და ქალებზე, რაც მათ საშუალებას აძლევს, სხვადასხვა ბენეფიტებზე მიუწვდებოდეთ ხელი. იშვიათი გამონაკლისების გარდა, ამ ბარათებს არ აძლევენ „მეტიებს“, რომლებსაც სურთ, დარეგისტრირდნენ, როგორც მესამე გენდერი. ეს პოლიტიკა შეიცვალა 2007 წელს უზენაესი სასამართლოს განაჩენის შემდეგ. სასამართლომ ოფიციალურად დაადგინა „მესამე გენდერის“ კატეგორიის არსებობა. სასამართლო განაჩენის სისრულეში მოყვანის პროცესი ნელი იყო. მხოლოდ 2013 წელს შეძლეს პირველმა მეტიებმა, მიეღოთ მოქალაქეთა ბარათი შეცვლილი გენდერული მარკერით.

გენდერის სამართლებრივი აღიარების კანონი/სამართლებრივი პრაქტიკა მოიცავს ინტერსექს ადამიანებს

ზოგიერთ ქვეყანას აქვს ცალკე სამართლებრივი პოლიტიკა ინტერსექსი ადამიანებისათვის, რაც მათ საშუალებას აძლევს, შეიცვალონ გენდერის შესახებ ჩანაწერი დოკუმენტებში. მიუხედავად იმისა, რომ მოცემული რესურსი არ განიხილავს ინტერსექს საკითხებს, არსებობს საშუალება იმისა, რომ პროგრესი ტრანსგენდერი ადამიანებისათვის გენდერის სამართლებრივი აღიარების კუთხით ასევე ინკლუზიური იყოს ინტერსექსი ადამიანებისადმი. ქვემოთ მოვიყვანთ ამის რამდენიმე მაგალითს.

ავსტრალიაში სქესის შესახებ ჩანაწერის მესამე ვარიანტის ოფიციალური დასახელებაა „განუსაზღვრელი/ინტერსექსი“. ეს ვარიანტი გამოიყენება პასპორტებში და ამიერიდან ასევე იქნება დატანილი ყველა ადმინისტრაციულ აქტზე, რომელსაც მთავრობის განყოფილებები და სააგენტოები აწარმოებენ, მათ შორის, დასაქმებულთა მონაცემთა ბაზა. სახელმწიფო სახელმძღვანელო პრინციპები ხსნის, რომ ინტერსექს ადამიანებს თავისუფლად შეუძლიათ, აირჩიონ ეს ვარიანტი, ან მოითხოვონ მამრობითი ან მდედრობითი სქესის შესახებ ჩანაწერი დოკუმენტებში. ავსტრალიის საპასპორტო პოლიტიკა აღიარებს, რომ შეუფერებელია ინტერსექსი ადამიანებისათვის „გენდერული ტრანზიციისათვის საჭირო კლინიკური მკურნალობის“ დამადასტურებელი დოკუმენტების მოთხოვნა. ამის ნაცვლად, მოქმედი ექიმი ავსებს ოფიციალურ განაცხადს, სადაც ის ადასტურებს, რომ ადამიანი არის ინტერსექსი და უთითებს, რომელი გენდერი სურს მას ჰქონდეს აღნიშნული საბუთებში.

ახალ ზელანდიაში ოფიციალურ პრეს-რელიზებში, სადაც საუბარია მამრობით, მდედრობით და X სქესის შესახებ ჩანაწერზე პასპორტებსა და

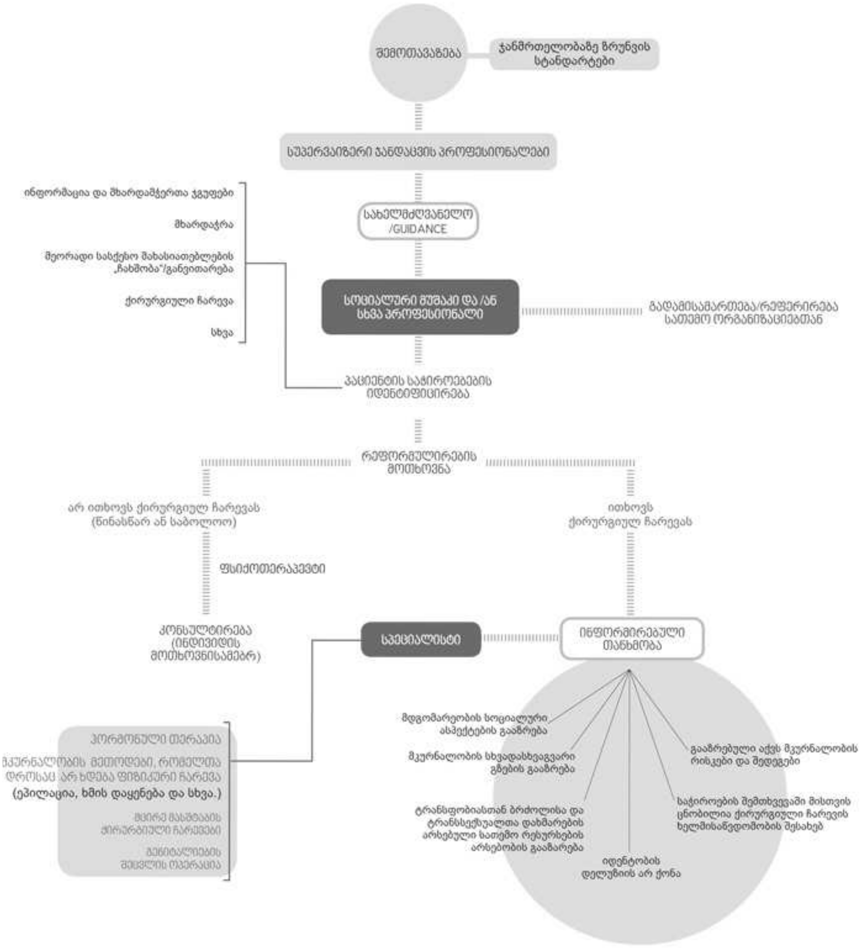
მართვის მოწმობებში, სპეციფიკურად არის ნახსენები მნიშვნელობა იმისა, რომ ამაზე ხელი მიუწვდებოდეთ როგორც ინტერსექს ადამიანებს, ისე - ტრანსგენდერ ადამიანებს. აქვე განმარტებულია, რომ სამივე ტიპის სქესის შესახებ ჩანაწერი მისაწვდომია ყველა იმ ადამიანისთვის, ვისაც ეკუთვნის ახალი ზელანდიის პასპორტი და მართვის მოწმობა.

გენდერის სამართლებრივი აღიარების ის კანონები, რომლებიც „გენდერული იდენტობის დარღვევის“, გენდერული დისფორიის დიაგნოზს ან სამედიცინო ტრანზიციის დადასტურებას მოითხოვს, არ არის ინკლუზიური ინტერსექსი ადამიანების მიმართ. ტრანსგენდერი ორგანიზაციები ირლანდიაში ამ კუთხით აქტიურად აკრიტიკებენ ირლანდიური მთავრობის მიერ შემოთავაზებულ კანონს გენდერის აღიარებასთან დაკავშირებით.

პოლონეთში გენდერული იდენტობის კანონპროექტი, რომელიც ტრანსგენდერმა პოლიტიკოსმა, ანა გროდსკამ, წარადგინა, სპეციალურად ერიდება ტერმინების, ტრანსგენდერისა და ინტერსექსის, გამოყენებას იმისათვის, რომ ეს კანონი იყოს ინკლუზიური ყველას მიმართ, „ვისი გენდერული იდენტობაც განსხვავდება მისთვის დაბადებისას მინიჭებული გენდერისგან“ (მუხლი 3). ეს კანონპროექტი ასევე კრძალავს ჩვილებისა და ბავშვებისთვის ნორმალიზაციის მიზნით გენიტალიური ოპერაციების ჩატარებას. ეს უკანასკნელი პრაქტიკა ამჟამად პოლონეთში მოქმედებს და ეს პირველი კანონპროექტია, რომელიც მისი აკრძალვისკენაა მიმართული.

დანართი N2. ტრანსგენდერი ადამიანების ჯანმრთელობაზე ზრუნვის ალტერნატიული მოდელი

ეყრდნობა Spanish Network for Depathologization of Trans Identities-ის მიერ მომზადებულ მოდელს.



ბიბლიოგრაფია

ადამიანის უფლებები ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში. პრაქტიკული სახელმძღვანელო იურისტებისათვის. „ღია საზოგადოება - საქართველო“. 2011. http://www.healthrights.ge/wp-content/uploads/2011/04/PG_GEO-081013.pdf

ავადმყოფობათა და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების საერთაშორისო სტატისტიკური კლასიფიკაცია (ICD 10). მეათე გადახედვა. ტომი 2 .

აღდგომელაშვილი ე. ლგბ ადამიანთა საჭიროებები ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში. ტექნიკური ანგარიში. WISG. 2014

აღდგომელაშვილი ე. ლგბტ ადამიანთა მდგომარეობა საქართველოში. საჯარო პოლიტიკის დოკუმენტი. WISG. 2013 http://women.ge/wp-content/uploads/2014/02/WISG_LGBT-policy-paper-for-EAP-full-version_updated.pdf

აღდგომელაშვილი ე. სექსუალური და თვითდესტრუქციული ქცევის კვლევა ლბტ ჯგუფში. WISG. 2013 http://women.ge/wp-content/uploads/2011/02/Sexual-and-Self-Decon-structive-behaviour-Among-LBT.pdf

აღდგომელაშვილი ე. „ჰომოფობიური სიძულვილის ენა და რეგულაციის მექანიზმები“. როგორ დავძლიოთ სიძულვილის ენა? საჯარო პოლიტიკის დოკუმენტი. ჰაინრიჰ ბიოლის ფონდი, 2012 http://ge.boell.org/sites/default/files/book5.pdf

ბიოეთიკის ეროვნული საბჭოს რეკომენდაცია ადამიანის მიერ სქესის შეცვლის თაობაზე. 20.02.2008

გვიანიშვილი ნ. ტრანსგენდერი ადამიანების მდგომარეობა საქართველოში. WISG. თბილისი. 2014. http://women.ge/wp-content/uploads/2015/02/Transgender_survey-to-send.pdf

გზამკვლევი ჯანმრთელობისა და ადამიანის უფლებათა საკითხებზე. „ღია საზოგადოება - საქართველო“. 2014 http://www.osgf.ge/files/2014/publications/Book_WEB.pdf

ევროპის საბჭოს მინისტრთა კომიტეტის რეკომენდაცია CM/REC(2010)5 წევრი სახელმწიფოების მიმართ სექსუალური ორიენტაციისა და გენდერული იდენტობის საფუძველზე დისკრიმინაციის წინააღმდეგ ზომების შესახებ. http://www.coe.int/t/dg4/lgbt/Source/RecCM2010_5_GEOR.pdf

ევროპის საბჭოს მინისტრთა კომიტეტის რეკომენდაცია CM/REC(2010)5 წევრი სახელმწიფოების მიმართ სექსუალური ორიენტაციისა და გენდერული იდენტობის საფუძველზე დისკრიმინაციის წინააღმდეგ ზომების შესახებ. განმარტებითი მემორანდუმი. http://www.coe.int/t/dg4/lgbt/Source/EM-GEORGIAN.pdf

ევროპის სოციალური ქარტიისათვის მომზადებული ერთიანი ჩრდილოვანი ანგარიში ჯანმრთელობის უფლების დაცვის შესახებ. WISG, ILGA-Europe, TGEU 2014, http://women.ge/wp-content/uploads/2014/06/WISG-TGEU-ILGA-Europe-Social-Charter-shadow-report-Georgia-trans-health-issues.pdf

კიკნაძე, გ., ჯავაშვილი გ., ქაროსანიძე ი., გაბუნია თ., თათარაძე რ., წილოსანი გ. ექიმის პროფესიული საქმიანობის წესები. თბილისი. 2011

ლგბტ ადამიანთა მდგომარეობა საქართველოში. WISG. თბილისი. 2012. http://women.ge/wp-content/uploads/2012/12/WISG_situation-of-lgbt-persons-in-Georgia_GEO-www.pdf

ნაცვლიშვილი ა., აღდგომელაშვილი ე. ევროპის საბჭოს მინისტრთა კომიტეტის CM/REC(2010)5 რეკომენდაციის იმპლემენტაციის ანგარიში. WISG. თბილისი. 2012. http://women.ge/wp-content/uploads/2012/12/CM_REC20105GEORGIA_GEO_www.pdf

ნაცვლიშვილი ა., აღდგომელაშვილი ე. ლბტ ქალთა მდგომარეობა საქართველოში. ჩრდილოვანი ანგარიში CEDAW კომიტეტისათვის. WISG. თბილისი, 2012. http://women.ge/wp-content/uploads/2012/05/WISG-LBT-CEDAW-shadow-report_geo.pdf

რესურსები ჯანმრთელობისა და ადამიანის უფლებათა საკითხებზე. ფონდი „ღია საზოგადოება – საქართველო“. თბილისი, 2014 წ. http://wordpress.sph.harvard.edu/hhrarchive/wp-content/uploads/sites/25/2014/03/Georgian.pdf

„სამხრეთ კავკასიაში ტრანსგენდერებისათვის აივ-თან დაკავშირებული სერვისების მოთხოვნის, საჭიროების და ხელმისაწვდომობის შესწავლა“. ხარისხობრივი კვლევის ანგარიში, საინფორმაციო სამედიცინო-ფსიქოლოგიური ცენტრი „თანადგომა“. თბილისი. 2013. http://new.tanadgomaweb.ge/upfiles/dfltcontent/1/126.pdf

საქართველოს სახალხო დამცველის ანგარიში საქართველოში ადამიანის უფლებათა და თავისუფლებათა დაცვის მდგომარეობის შესახებ. 2013. http://www.ombudsman.ge/uploads/other/1/1563.pdf

სილაგაძე თ, მენთეშაშვილი ლ. ფსიქიკურ დაავადებათა დიაგნოსტიკა ICD-10-ის კრიტერიუმების მიხედვით (დამხმარე სახელმძღვანელო). თბილისი. 2009.

ტრანსგენდერი ადამიანების სქესის აღიარების სამართლებრივი მოთხოვნების შესახებ საერთაშორისო სტანდარტები და საუკეთესო მაგალითები. იდენტობა. 2012 https://identoba.files.wordpress.com/2012/04/e183a1e183a5e18394e183a1e18398e183a1-e18390e183a6e18398e18390e183a0e18394e18391e18398e183a1-e183a8e18394e183a1e18390e183aee18394.pdf

ჯავაშვილი გ, კიკნაძე გ, ქუთათელაძე ნ. ადამიანის უფლებების საკითხებზე საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მოქმედი რეგულაციებისა და ეთიკის ნორმების მიმოხილვა და ანალიზი. თბილისი.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ფსიქიატრიის ლექსიკონი. საქართველოს ფსიქიატრთა საზოგადოება. თბილისი. 2005

ჯოკიაკარტის პრინციპები. ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო სტანდარტებისა და ნორმების გამოყენების პრინციპები სექსუალურ ორიენტაციასა და გენდერულ იდენტობასთან მიმართებაში. თარგმანი. WISG. თბილისი. 2012 http://women.ge/wp-content/uploads/2012/07/Yogiakarta-Principles_GEO_WISG.pdf

ჭავჭანიძე მ. კლინიკური სექსოლოგიის პროპედევტიკა. თბილისი. 2014

Agius S. 2012, Trans and intersex people Discrimination on the grounds of sex, gender identity and gender expression.

Agius S., Köhler R., Aujean S., Ehrt J. 2011, Human Rights and Gender Identity. Best practices catalogue. ILGA-Europe, TGEU.

American Counseling Association (2010). Competencies for Counseling with Transgender Clients. Volume 4, Issue 3-4.

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition. Washington, DC, 2013

American Psychiatric Association: Position Statement on Discrimination Against Transgender and Gender Variant Individuals. 2012. http://www.dhcs.ca.gov/services/MH/Documents/2013_04_AC_06d_APA_ps2012_Transgen_Disc.pdf

American Psychological Association Report of the APA Task Force on Gender Identity and Gender Variance. 2010. http://www.apa.org/pi/lgbt/resources/policy/gender-identity-report.pdf

Amnesty International. 2014, The state decide who I am: Lack of legal gender recognition for transgender people in Europe. www.es.amnesty.org/uploads/media/The_state_decide_who_I_am

Balzer, C. and Hutta, J. 2012, 'Transrespect versus Transphobia Worldwide: A Comparative Review of the Human-rights Situation of Gender variant/Trans People', TvT Publication Series Vol. 6, www.transrespect-transphobia.org/uploads/downloads/Publications/TvT_research

CEDAW/C/GEO/CO/4-5. Concluding observations on the combined fourth and fifth periodic reports of Georgia. Adopted by the Committee at its fifty-eighth session (30 June – 18 July 2014). http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW%2FC%2FGEO%2FCO%2F4-5&Lang=en

Center of Excellence for Transgender Health. 2011, Primary Care Protocol for Transgender Patient Care. available at http://www.transhealth.ucsf.edu/protocols.

Coleman E, Bockting W, Botzer M, et al. 2012, Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. Int JTransgenderism. 13:165–232.

CoE 2013, Guidelines to Promote and Protect the Enjoyment of All Human Rights by Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Intersex (LGBTI) Persons. N 11492/13.

D'Augelli, A. R., & Grossman, A. H. 2001, Disclosure of sexual/gender orientation, victimization, and mental health among lesbian, gay, bisexual and transgender older adults. Journal of Interpersonal Violence, 16, 1008-1027

Darrel a. Regier , Emily a. Kuhl, David j. Kupfer. 2013, The DSM V: classification and criteria changes. World Psychiatry 2013;12:92–98.; Drescher, J. Controversies in Gender Diagnoses. LGBT Health Volume 1, Number 1, 2013.

Drescher, J., Cohen-Kettenis, P. and Winter, S. 2012, 'Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11' in International Review of Psychiatry, December 2012, Volume 24(6), pp. 568–577.

ESCR Committee, General Comment No 14, E/C.12/2000/4 (2000)

European Court of Human Rights. Fact sheet. Gender identity issues. http://echr.coe.int/Documents/FS_Gender_identity_ENG.pdf

European Parliament Intergroup on LGBT Rights. Sept 29, 2011, "European Parliament: World Health Organization Must Stop Treating Transgender People as Mentally Ill," available at http://

www.lgbt-ep.eu/press-releases/who-must-stop-treating-transg ender-people-as-mentally-ill/

FRA. 2014, Being Trans in the European Union Comparative analysis of EU LGBT survey data. http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-being-trans-eu-comparative_en.pdf

Global Action for Trans* Equality 2011, It's time for reform Trans* Health Issues in the International Classifications of Diseases A report on the GATE Experts Meeting. The Hague, November 16-18. 2011. https://globaltransaction.files.wordpress.com/2012/05/its-time-for-reform.pdf

Global Action for Trans* Equality 2013, Critique and Alternative Proposal to the "Gender Incongruence of Childhood" Category in ICD-11. Buenos Aires, April 4-6, 2013. https://globaltransaction.files.wordpress.com/2012/03/critique-and-alternative-proposal-to-the-_gender-incongruence-of-childhood_-category-in-icd-11.pdf

Gorton R, Buth J & Spade D. 2005, Medical Therapy and Health Maintenance for Transgender Men: A Guide for Health Care Providers, Lyon-Martin Women's Health Services, San Francisco, CA.

Grant JM, Mottet LA, Tanis J 2010, National Transgender Discrimination Survey Report on health and health care: Findings of a study by the National Center for Transgender Equality and the National Gay and Lesbian Task Force. http://transequality.org/ PDFs/NTDSReportonHealth_final.pdf

Hammarberg, T. July 2009, "Issue Paper on Human Rights and Gender Identity," Office of the Commissioner for Human Rights, Council of Europe, Strasbourg, France.

ILGA-Europe 2014, Rainbow Europe. Annual Review of the Human Rights Situation of LGBTI People in Europe. content.com/u/15245131/Annual%20Review%202014%20

Kaufman R., 2008, Introduction to transgender identity and health. Makadon H, Mayer K, Potter J, & Goldhammer H (eds.). Fenway Guide to Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health. Philadelphia: American College of Physicians. 331-363.

Köhler R, Ehrt J, Recher A. 2013, Legal Gender Recognition in Europe – Toolkit. TGEU. http://www.tgeu.org/sites/default/files/Toolkit_web.pdf

Korkiamäki I. 2014, Legal Gender Recognition and (Lack of) Equality in the European Court of Human Rights. The Equal Rights Review, Vol. Thirteen. http://www.equalrightstrust.org/ertdocumentbank/ERR%2013%20-%20Korkiamaki.pdf

Lombardi, E. 2001, "Enhancing Transgender Health Care," Am J Public Health, vol. 91, no. 6

Meyer IH. 2003, "Prejudice as Stress: Conceptual and Measurement Problems," Am J Public Health, vol. 93, no. 2, pp. 262-65.

Natsvlishvili A., Aghdgomelashvili E., Rights of LBT Women in Georgia. Shadow Report for CEDAW. Submitted for the 58th Session. WISG. 2014. http://women.ge/wp-content/uploads/2014/06/WISG_LBT-women-in-Georgia_CEDAW-58th-session.pdf

Office of the High Commissioner for Human Rights. 2012, Born Free and Equal: Sexual Orientation and Gender Identity in International Human Rights Law, www.ohchr.org/Documents/Publications/BornFreeAndEqualLowRes.pdf

OSI 2013, Transforming Health: International Rights-based Advocacy for Trans Health.

OSI 2014, License to Be Yourself. Laws and Advocacy for Legal Gender Recognition of Trans People.

Report of the Special Rapporteur on Economic, Social and Cultural Rights, The right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, E/CN.4/2003/58 (13 February 2003)

Report of the Special Rapporteur on the right to health, Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, UN Doc A/64/272 (10 August 2009)

Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez, A/HRC/22/53, 2013.

Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights on Discriminatory laws and practices and acts of violence against individuals based on their sexual orientation and gender identity. Geneva, United Nations Human Rights Council, 2011. http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/19session/A.HRC.19.41_English.pdf

Resolution 1945 2013 "Putting an end to coerced sterilisations and castrations". http://assembly.coe.int/ASP/XRef/X2H-DW-XSL.asp?fileid=19984&lang=EN

Natsvlishvili A., Aghdgomelashvili E., Rights of LBT Women in Georgia. Shadow Report for CEDAW. Submitted for the 58th Session.. Women's Initiatives Supporting Group (WISG). 2014. http://women.ge/wp-content/uploads/2014/06/WISG_LBT-women-in-Georgia_CEDAW-58th-session.pdf

Spanish Network for Depathologization of Trans Identities _Communique. Reflections from STP regarding the ICD revision process and publication of the DSM V. 2013. http://stp2012.info/STP_Communique_August2013.pd

Spanish Network for Depathologization of Trans Identities. 2010, "Best Practices Guide to Trans Health Care in the National Health System," available at http://www.stp2012.info/guia/STP_guide_health.pdf.

TGEU 2013, Position on the revision of the ICD 10. http://www.tgeu.org/sites/default/files/TGEU%20Position%20ICD%20Revision_0.pdf

The fenway institute. 2013, Affirmative Care for Transgender and Gender Non-Conforming People: Best Practices for Front-line Health Care Staff. http://www.lgbtagingcenter.org/resources/pdfs/13-017_TransBestPracticesforFrontlineStaff_v9_04-30-13.pdf

UNAIDS / WHO 2011, Technical Guidance for Global Fund HIV Proposals Round 11, www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/programmes/programmeeffectivenessandcountrysupportdepartment/gfresourcekit/20110909_Technical_Guidance_MSM_and_TG_people_en.pdf ;

UNDP 2013, Transgender Health and Human Rights . Discussion Paper. http://www.undp.org/content/dam/undp/library/HIV-AIDS/Governance%20of%20HIV%20Responses/Trans%20Health%20&%20Human%20Rights.pdf

Whittle S, Turner L, Combs R & Rhodes S. 2008, Transgender EuroStudy: Legal Survey and Focus on the Transgender Experience of Health Care, ILGA-Europe, Brussels, Belgium. http://www.pfc.org.uk/pdf/eurostudy.pdf

WHO 2007, "International Classification of Diseases and Related Health Problems – 10th Revision," World Health Organization, Geneva, Switzerland.

WHO 2011, Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men and transgender people: recommendations for a public health approach. Geneva.

WHO 2013, Joint Technical Brief: HIV, Sexually Transmitted Infections and Other Health Needs among Transgender People in Asia and the Pacific. www.wpro.who.int/hiv/documents/docs/HIV_STI_Other_Health_needs_among_transgender.pdf

WHO, OHCHR, UN Women, UNAIDS, UNDP, UNFPA and UNICEF 2014, Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization. An interagency statement. http://www.unfpa.org/rights/Eliminating_forced_sterilization.pdf

Williamson C. 2010, Providing care to transgender persons: a clinical approach to primary care, hormones, and HIV management. J Assoc Nurses AIDS Care 2010;21:221–9.

Winter S. 2009, "Cultural Considerations for the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care: The Asian Perspective," International J of Transgenderism, vol. 11, no. 1, pp.19-41.

Winter, S. 2012, Lost in Transition: Transgender People, Rights and HIV Vulnerability in the Asia-Pacific Region. Thailand: UNDP Asia-Pacific Regional Centre, www.undp.org/content/dam/undp/library/hivaids/UNDP_HIV_Transgender_report_Lost_in_Transition_May_2012.pdf

WPATH __http://www.wpath.org/uploaded_files/140/files/de-psychopathologisation%205-26-10%20on%20letterhead.pdf

WPATH 2011, Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People, available at http://www.wpath.org/documents/Standards%20of%20Care%20V7%20-%202011%20WPATH.pdf.

WPATH consensus process regarding transgender and transsexual-related diagnoses in ICD-11. 2013. http://www.wpath.org/uploaded_files/140/files/ICD%20Meeting%20Packet-Report-Final-sm.pdf

Yogyakarta Principles on the Application of International Human Rights Law in relation to Sexual Orientation and Gender Identity http://www.yogyakartaprinciples.org/principles_en.pdf

Needs of Transgender Persons in Healthcare

(Policy paper)

Authors:

Ekaterine Aghdgomelashvili

Natia Gvianishvili

Tatuli Todua

Tsiala Ratiani

Women's Initiatives Supporting Group (WISG)

Tbilisi, 2015

INDEX

INTRODUCTION	81
PROBLEM DESCRIPTION	84
Transphobia and discrimination	**84**
Legal Environment	84
Social Environment and Transphobia	85
Physical and Psychological Violence against Transgender Persons	86
Legal Recognition of Gender	88
Right to Healthcare	**91**
Prohibition of Discrimination and Stigmatization	91
Trans sensitive health care	93
Financial Affordability	96
The Right to Quality Medical Services	97
INTERNATIONAL EXPERIENCE AND BEST PRACTICES	105
Transphobia and discrimination	105
Legal Recognition of Gender	106
Right to health	109
Access to Health Services without Discrimination	109
CONCLUSIONS/RECOMMENDATIONS	119
Legal Recognition of gender	120
The Right to the Highest Attainable Standard of Health	121
TERMINOLOGY	124
BIBLIOGRAPHY	128

INTRODUCTION

A human right to health is recognized by numerous international treaties. Paragraph 1 of Article 25 of the Universal Declaration of Human Rights stipulates: “Everyone has the right to a standard of living adequate for the health and well-being of himself and of his family, including food, clothing, housing and medical care and necessary social services...” In entire spectrum of international law, a most comprehensive article on the right to health is provided in the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. In Paragraph 1 of Article 12 of this Covenant, the states parties recognize: “the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health”, while Paragraph 2 of Article 12 lists “the steps to be taken by the States Parties ... to achieve the full realization of this right”.

Further, the right to health is recognized in Article 5(e)(iv) of the Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination (1965), Articles 11.1(f) and 12 of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (1979), and Article 24 of the Convention on the Rights of the Child (1989). The right to health is protected under regional human rights treaties, such as the revised 1961 European Social Charter (Article 11), the 1981 African Charter on Human and Peoples’ Rights (Article 16), and the 1988 Additional Protocol to the American Convention on Human Rights in the Area of Economic, Social and Cultural Rights (Article 10). Similarly, the right to health is recognized by the Commission on Human Rights, as well as the 1993 Vienna Declaration and the Programme of Action and other treaties.[1]

Marginalization, social exclusion and stigma, as well as other social and economic determinants like unemployment and poor material circumstances, affect access to health services and health status. A human rights-based approach that

1 International Covenant on “Economic, Social and Cultural Rights”, General Comment №14 (Twenty-second session, 2000), (UN doc. E/C.12/2000/4), the right to the highest attainable standard of health (Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights).

addresses social and economic determinants of health, including discrimination, is required to address the persistent inequalities of minority populations in health status and access to health.[2]

Studies conducted in other countries confirm that equal access to health is often violated for representatives of various marginal groups, and especially when transgender, intersex and gender non-conforming individuals are concerned.[3] They are often discriminated during the delivery of health services. At that, study participants describe obstacles they encounter when receiving the services.

Present public policy document does not narrow down transgender persons' health concept only to medical procedures required for transition. As the World Health Organization defines, "health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity".[4] Hence, in present public policy document we have developed, issues related to transgender persons' health including a wider spectrum of services such as protection and resources that transgender individuals require for a healthy life in a safe society. This includes primary and other care services, as well as socio-economic determinants of health like the policy of legal recognition of gender, poverty, unemployment, homelessness, and receptiveness from the public.

Problems that transgender individuals face in Georgia - non-regulation of processes related to legal recognition of gender and gender reassignment, which by itself increases unemployment and poverty risks, facilitates marginalization of group members, and makes them vulnerable to transphobic offences committed by the public. In return, stigma, unemployment and poverty risks make even more inaccessible using health services necessary for legal recognition of gender. Thus, a certain vicious circle exists, escaping from which is extremely difficult.

Further, linking legal recognition of gender to the process of medical transition (bringing an individual's physical qualities in conformity with his/her/their gender) creates considerable problems in terms of human rights. In such practices, a wide spectrum of transgender identities is totally ignored[5], and individuals have to choose between undesirable and needless medical interventions (including

2 Health and Human Rights Resource Guide. FXB Center for Health and Human Rights and Open Society Foundations. 2013.

3 Human Rights and Gender Identity. CommDH/IssuePaper(2009)2. Issue Paper by Thomas Hammarberg, Council of Europe Commissioner for Human Rights. Strasbourg, 29 July 2009.

4 WHO definition of health.

5 In terms of medical intervention, the process may include only a small-scale intervention, therapy, as well as a gender reassignment surgery

sterilization in numerous states) and legal recognition of gender.[6]

Present public policy document aims to evaluate the status of transgender persons in the country, identify problematic issues and develop recommendations for relevant institutions to resolve these problems.

Introductory part of the document gives a general picture on the state of transgender persons in the country; legal environment as well as physical and psychological violence against this group in Georgia; problems related to legal recognition of gender and the needs of transgender persons in the healthcare sector. Studies carried out by local organizations, as well as the reports and evaluations by international organizations are used for the overview of current situation.

Given a complexity of the topic and innovativeness of the issue, examining all aspects of the issue is impossible. Therefore, the document focuses on several key issues only, which require immediate action and response. Recommendations of international organizations and best practices of other states were taken into account when developing the recommendations.

Although children and adolescents are the most vulnerable group among transgender people, present public policy document does not address the needs of transgender and intersex minors in the healthcare sector. Given the complexity of the group and issue, the topic requires separate research. A priority task of the present public policy document is to delimit legal recognition of gender and trans-specific medical services in a manner that would achieve maximum compliance with human rights standards in view of the country's context; and further, to make initial steps for ensuring transgender people's access to highest attainable standards of health.

6 A joint shadow report on the protection of the Right to Health by WISG, ILGA-Europe, and TGEU for the European Social Charter, 2014.

PROBLEM DESCRIPTION

Transphobia and discrimination

Legal Environment

Norms prohibiting discrimination are included and enshrined in the country's constitution[7] and effective legislation. The Law "on the Elimination of All Forms of Discrimination", which has entered into effect on 7 May 2014, includes "sexual orientation, gender identity and expression" among grounds prohibiting discrimination.[8]

Pursuant to the Criminal Code of Georgia[9], crimes committed due to intolerance on the racial, national, ethnic or language grounds were considered as crimes committed in aggravating circumstances. A person's sexual orientation and gender identity were added to the list of grounds on 27 March 2012. Yet, it is notable that not a single case is qualified under this article until now. Statistics are still absent in the country on hate crimes committed due to intolerance on the grounds of sexual orientation and gender identity, thus demonstrating that data on the nature and prevalence of violence and discrimination against LGBT persons are not collected and analyzed until present.[10]

The Labor Code directly prohibits discrimination based on sex as well as sexual orientation (gender identity is not listed among grounds of prohibition).[11] Despite general prohibition, the Law included serious gaps creating broad discrimination opportunities at the stage of hiring and dismissing a person. This gap was remedied owing to a relevant amendment made in 2013.[12]

---

7 Article 14 of the Constitution of Georgia prohibits discrimination on grounds such as, for instance, a person's national and ethnic origin, religion, belonging to a social group, sex, etc.

8 The Law of Georgia on the Elimination of All Forms of Discrimination, Article 1.

9 Article 53, part 3 of the Criminal Code of Georgia

10 To prevent discrimination and react effectively to crimes committed on these grounds, on 26 December 2014 the Minister of Interior has issued new instructions, pursuant to which the investigative units of the MoI were instructed to report on "potential" existence of concrete signs of intolerance grounds and discrimination (Article 53.31 of the Criminal Code) in the relevant field of electronic criminal case administration program – "crime theory". According to the Ministry, reference to a crime committed based on hatred and intolerance creates an obligation to launch investigation under a relevant article (Articles 142, 1421, 1422, 155 and 156 of the Criminal Code of Georgia), provided that crime elements stipulated in these articles exist.
http://police.ge/ge/shinagan-saqmeta-ministrma-diskriminatsiis-preventsiisa-da-am-nishnit-chadenil-samartaldar-ghvevebze-efeqtiani-reagirebis-miznit-shss-s-danakofebistvis-akhali-direqtivebi-gamostsa/7565 (avialable only in Georgian)

11 The Labor Code of Georgia, Article 2(3).

12 12 June 2013 amendments to the Labor Code (729-IIs).

Sexual orientation as the basis for prohibiting discrimination is found also in the Law of Georgia on Health Care.[13] The Law of Georgia “on the Rights of Patient”[14] also prohibits discrimination of patients on any grounds: “Discrimination against a patient on the basis of race, color, language, sex, genetic heritage, religious convictions, political and other views, national, ethnic and social belonging, origin, economic and official status, place of residence, disease, sexual orientation or negative personal attitude shall be prohibited”. Importantly, the above is a fundamental principle and its breach in some circumstances may lead to criminal liability.[15]

A seven-year Strategy and two-year Action Plan (2014-15) on Human Rights adopted in 2014 also encompasses issues related to sexual orientation/gender identity.

Regardless of noticeable progress, gaps still prevail at legislative level, which place LGBT and especially transgender individuals in unequal conditions. In most of the cases the law is not explicitly discriminatory, but its application results in discriminatory consequences in practice and considerably restricts the rights and freedoms of LGBT persons.[16] Such restrictions are especially distinct and alarming with respect to transgender persons.

Social Environment and Transphobia

Until present, no in-depth study has been conducted in Georgia that would reflect public attitudes towards LGBT group representatives, and the degree and specifics of demonstrating homo and transphobia. Majority of studies carried out until now, which examine the attitudes towards various values/issues and/or groups and the dynamics of changes in attitudes (including towards homosexuals), do not provide such thoroughness. Yet, study results reflect general trend, under which LGBT persons remain in a group, towards which public demonstrates least receptiveness compared to other marginalized groups.[17]

Studies conducted within the group attest to the same: LGBT group representatives find that public attitude towards them is changing to negative. According to the

13 Article 6, Paragraph 1.

14 The Law of Georgia “on the Rights of Patient”, Article 6.

15 Article 142 of the Criminal Code of Georgia.

16 Natsvlishvili A., Aghdgomelashvili E., Report on the implementation of CM/REC(2010)5 Recommendation, WISG, Tbilisi, 2012.

17 Aghdgomelashvili E. Homophobic Hate Speech and its Regulating Mechanisms. How to Defeat Hate Speech? Policy Paper. Heinrich Boll Foundation. Tbilisi. 2012

survey conducted in 2012, the number of people who thought public attitude towards LGBT group was intolerant, has increased from 57% to 78% compared to 2006,[18] reaching 92% in 2014. The survey showed that in the opinion of the group members, the society is least receptive towards very transgender persons - 97%.[19]

Physical and Psychological Violence against Transgender Persons

Strictly negative public attitude is directly reflected on the group members. Facts of violence and discrimination against LGBT persons, such as violence against LGBT rights activists,[20] facts of physical and psychological violence, state inaction and/ or inadequate response to hate crimes, use of hate speech, etc. are accounted for in the studies conducted by local LGBT organizations, as well as the reports of the Public Defender[21] and other international organizations and institutions.[22]

In-depth interviews with transgender persons showed both in 2012 and 2014 that the majority of transgender persons are victims of psychological violence on a systematic basis. Violence may be coming from strangers as well as family members and friends. Pressure felt by transgender persons from the public is permanent and gains especially acute forms if a transgender individual fails to (or does not want to) "fully" master any of the two (female and male) gender roles accepted in our culture. To avoid violence and discrimination, often transgender persons have to appear in everyday life with looks and social role inconsistent with their gender self-perception. This is especially applicable to transgender women,

---

18 According to the results of study conducted by "Inclusive Foundation" in 2006, 57,5% of LGBT group representatives viewed public attitude as intolerant; 24,2% thought public were indifferent towards them, 10% believed public was tolerant (Study on LGBT discrimination in Georgia, Fund Inclusive, 2006). The 2012 study has shown that the number of persons among LGBT group representatives, who think that public is intolerant towards them, has increased to 78%. 15% of the interviewed view attitude as "more intolerant, than tolerant", 4% - "more tolerant, than intolerant", 3% of the interviewed have not responded to this question, while the number of persons who viewed public attitude as tolerant, is less than 1%. Situation of LGBT persons in Georgia, WISG. Tbilisi. 2012.

19 Intolerant - 92% (towards Ls - 81%, Gs - 98%, Transgender persons - 97%), Tolerant - 4% (Ls - 12%, Gs - 1%), Do Not Know - 4%. Aghdgomelashvili E., Study on LGB Needs in the Healthcare Sector, in-depth interviews with healthcare specialists, technical report, WISG, 2014.

20 A Pending Case versus Georgia before the ECtHR about police homophobic behaviour and violation of fundamental rights (Aghdgomelashvili and Japaridze v Georgia., App. no. 7224/11).

21 Report of the Public Defender of Georgia on the Protection of Human Rights and Freedoms in Georgia, 2013.

22 Hammarberg T., GEORGIA IN TRANSITION. Report on the human rights dimension: background, steps taken and remaining challenges. 2013.; ENP Country Progress report – Georgia. 2012, 2013; US State Department Human Rights Report: Georgia. 2011, 2012 and 2013; Country reports prepared recently for the Council of Europe Human Rights Commissioner and the EU Fundamental Rights Agency', Hate Crimes in the OSCE Region – Incidents and Responses. Annual report 2011.; Study on Homophobia, Transphobia and Discrimination on Grounds of Sexual Orientation and Gender Identity. Legal Report and sociological reports: Georgia. COWI. 2010.

who, compared to transgender men, are more visible to the society.[23]

The study on the situation of transgender persons in Georgia conducted in 2014 has demonstrated that 9 (N=14) respondents had been an object of physical violence due to their gender identity at least once at certain stage in their lives. While three participants had experienced physical violence three or more years ago (two – in the street, and one – by a family member in childhood), 6 of them had suffered from such violence during last two years. One of them was a victim of physical attack in the street 4 times over last two years.[24]

Owing to non-regulation of issues related to legal recognition of gender, they often try to find such unofficial or part-time job, where they will not have to submit identification documents. Therefore, they have to accept working in low-paid and unqualified job conditions. Financial problems may prompt them to get involved in commercial sex (affecting mainly transgender women), which makes them even more vulnerable and unprotected to violence coming from third persons.[25] Respondents having experience with penitentiary system report facts of systematic physical and psychological violence.[26]

Psychological violence has even broader scales. Absolute majority of respondents interviewed in 2012 and 2014 confirmed they had been experiencing psychological violence coming in this or that form from strangers as well as family members, partners and friends.[27]

International statistics demonstrate that this group is similarly discriminated across the world. However, the most appalling result of this discrimination is the number of murders, in which transgender persons fall victims to their own gender identity. 226 transgender persons were murdered in 28 countries worldwide during 2014, while since 2008 until now this figure reaches 1,999 in 62 countries worldwide.[28] On 11 November 2014 Georgia has also joined a list of countries where a transgender individual may be murdered due to his/her gender identity.[29]

23 Gvianishvili N, Situation of Transgender Persons in Georgia, WISG, Tbilisi, 2014.

24 Ibid

25 Ibid.

26 Studying the need of Transgender persons in South Caucasus in receiving services related to HIV/AIDs, medical-psychological center Tanadgoma, Tbilisi, 2013;

27 Gvianishvili N., Situation of Transgender Persons in Georgia, WISG, Tbilisi, 2014.

28 Trans respect versus transphobia. http://www.transrespect-transphobia.org/en_US/tvt-project/tmm-results/tdor-2014.htm

29 Although the official motive named by investigation does not confirm this publicly, details around the murder of Sabi Beriani indicate that murder may have been driven by hatred. Follow-up comments on the victim, which were full of hate language, also illustrate the conditions of transgender persons in the society, and that violence against marginalized groups in Georgia has become a socially accepted phenomenon.

Part of violence victims is rather nihilistically disposed towards law-enforcers as well as human rights organizations and believes there is no sense in complaining (in one case, family members have asked a victim not to address the police, because the incident had occurred in her residential district and other family members cared about their own safety). Respondents, who have approached law-enforcement agencies and/or human rights organizations, noted that despite their efforts, none of the cases had legal consequences, which also negatively affects their decision to approach the agencies and/or organizations.

As the monitoring results of implementation of the CM/Rec(2010)5 Recommendation have shown,[30] at this stage the state does not have an effective mechanism and/or strategy, so that LGBT group members overcome fear and distrust towards law-enforcers and approach the police in case of violence. The Human Rights Action Plan for 2013-15 encompasses issues like administration of statistics on hate crimes and training of law-enforcers, but at this point of implementation of the Action Plan[31] the State still has not taken concrete practical steps to implement the relevant activities.

Such problems hinder the registration of and response to crimes committed based on sexual orientation/gender identity, which by itself affects the undertaking of effective preventive measures aimed at eliminating hate crimes in the country.

Legal Recognition of Gender

Legal recognition of gender for a transgender person is often of vital importance. Difference in a person's gender self-perception/expression and an official record of gender often restricts transgender persons' possibilities to be employed, receive education, and avoid insult and humiliation. In 2012, while working on monitoring of implementation of the Council of Europe Committee of Ministers' CM/Rec(2010)5 Recommendation,[32] the "Women's Initiatives Support Group" has approached about this issue the Ministry of Justice of Georgia, which stated in a response letter (N.26948, Date: 26.06.2012) that this issue is regulated based on

30 Natsvlishvili A., Aghdgomelashvili E., Report on the Implementation of CM/REC(2010)5 Recommendation, WISG, Tbilisi, 2012.

31 January 2015.

32 Recommendation of the Council of Europe Committee of Ministers to member states "on measures to combat discrimination on grounds of sexual orientation or gender identity", CM/REC(2010)5. In 2013, the states have submitted reports on the progress achieved. State-produced report is available at the following link: http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/hrpolicy/Others_issues/LGBT/Questionnaire/LGBT_Georgia.pdf; in parallel with official reports, the WISG has developed a shadow report, Report on the Implementation of CM/REC(2010)5 Recommendation, WISG, Tbilisi, 2012.

Paragraph "g" of Article 78 of the Law of Georgia "on Civil Acts", which states that "changing sex" is one of the grounds for amending a civil act record. Yet, the Law does not define what is implied under "changing sex".

In response to the following questions - what does the law imply under "changing sex"; which documents must be submitted to amend a person's civil act record in respect of sex, name and/or surname; and which concrete civil acts could be amended in respect of sex, name and/or surname - the State Services Development Agency provided the following explanation:[33]

> *"An amendment referred to in Paragraph "g" of Article 78 of the Law of Georgia "on Civil Acts" can be made based on a medical certificate issued by a medical institution, which confirms change of sex by a person. The birth, father's identification and death act records include a column for denoting a sex. Accordingly, if a person submits the document confirming change of sex, the civil acts registration authority will make a relevant amendment to the above-mentioned civil act records on the person, and in case of changing a name and/or surname - in all registered civil act records available on the person.*

As for the gender reassignment procedures, the response letter of the Ministry of Labor, Health and Social Welfare of Georgia[34] stated that legislation of Georgia does not regulate "sex change". In general, any medical intervention is carried out only based on medical evidence, in line with a patient's health interests, by recognized professional and ethical standards, based on international evidence.

Further, the response N01/35621 dated 29 April 2014 noted that any medical institution is authorized to draw up and issue a certificate on "changing sex", including medical institutions that carry out medical services/intervention related to gender reassignment procedures.

Responses received from the State Services Development Agency and the Ministry of Labor, Health and Social Welfare of Georgia make it clear that under the pursued practice, undergoing irreversible sterilization, hormonal treatment, and preliminary surgical procedures is mandatory for a person to receive new identification documents.

> *If a person undergoes gender reassignment procedure fully, she/he/they is entitled to change gender-related data in official documents.[35] Moreover, new ID cards indicate gender, which aggravates conditions of transgender*

---

33 Response letter dated 11 March 2014 (N01/43812).

34 Response dated 27 March 2014 N01/25617.

35 Response letter of the Ministry of Justice, N. 26948, Date: 26.06.2012.

persons further, and especially of those in the transition process (the procedure requires from year and a half up to two years. Often this period is longer due to financial non-affordability of services).[36]

5 participants of the 2014 study have old ID cards (which doe not indicate a person's gender), 8 have new generation ID cards, and one does not have an ID card and has a passport only. Only three respondents have changed their names in the ID cards.

Apart from personal discomfort, inconsistency of an official gender record with an individual's gender expression often serves as basis for discrimination of transgender persons in labor relations and state and private institutions, where submitting personal identification documents is required.

Having analyzed the environment, which makes legal recognition of gender without surgical intervention inaccessible for transgender persons, in its 2013 report the Public Defender of Georgia recommends the Government of Georgia to:

"introduce a rapid, transparent and accessible procedure for transgender persons to indicate their gender identity in all key documents issued by the state and non-state institutions, by introducing new administrative practices based on the gender dysphoria diagnosis"[37].

In 2014, the "Women's Initiatives Support Group" developed a shadow report on the rights of LBT women for submission with the CEDAW Committee.[38] Among other issues, the report covered legal gender recognition practice in the country for transgender persons and problems, which this group encounters due to the existing procedure. The Committee for the Elimination of all Forms of Discrimination against Women examined this issue and called on the state to take relevant measures for eliminating discriminatory practice. In particular:

Para. 34. *The Committee is concerned about: ….*

[e] Physical violence and harassment faced by lesbian, bisexual and transsexual women and restrictions to obtain identity documents for

---

36 Until recently, it was impossible to obtain a repeated higher education diploma, which would indicate a changed gender. Relevant normative act prohibited issuing a repeated higher education diploma for any reason. Such practice created significant problems for transgender persons, especially in the job searching process, when they needed to attest relevant education. Pursuant to the 26 June 2012 Order (№120/n) of the Minister of Education and Science of Georgia concerning the use, registration-reporting and issue of strict registration forms of documents attesting education, it is allowed to issue a duplicate of a diploma if a person submits a document confirming the change to name and/or surname.

37 Report on Human Rights and Freedoms of the Public Defender of Georgia, 2013

38 Natsvlishvili A., Aghdgomelashvili E., Rights of LBT Women in Georgia. Shadow Report for CEDAW. *Submitted for the* 58th *Session.* WISG. 2014.

transgender persons.

Para. 35. *The Committee calls upon the State party to: …*

[e] Take measures to address violence and harassment of lesbian, bisexual and transsexual women and abolish restrictions for transgender persons to obtain identity documents.[39]

Right to Healthcare

Extremely high level of homophobia and transphobia in Georgia against LGBT group (especially transgender persons), high degree of psychological and physical violence, marginalization of the group, problems related to legal recognition of gender, which by itself increase the risk of homelessness and poverty among group members, absence of medical guidelines on trans-specific health services, expensive medical procedures required for transition, low awareness of medical personnel on transgender identities (as well as intersexuality) in general and the group's needs in healthcare sector, etc. also prevent them from identifying and receiving high quality medical assistance.

Prohibition of Discrimination and Stigmatization

Studies carried out across Europe demonstrate that majority of transgender persons encounter considerable obstacles and discriminatory treatment from the medical personnel in receiving non-trans-specific healthcare services as well.[40]. Prohibition of discrimination, which is guaranteed by the Constitution of Georgia, is enshrined in the Anti-Discrimination law and laws and ethical standards regulating the healthcare sector[41][42].

---

39 CEDAW/C/GEO/CO/4-5. Concluding observations on the combined fourth and fifth periodic reports of Georgia. Adopted by the Committee at its fifty-eighth session (30 June – 18 July 2014).

40 Being Trans in the European Union Comparative analysis of EU LGBT survey data. FRA. 2014.

41 "Discrimination against a patient on the basis of race, color, sex, religious convictions, political or other views, national, ethnic and social belonging, origin, economic and official status, place of residence, disease, sexual orientation or negative personal attitude shall be prohibited", the Law of Georgia "on Health Care", Article 6, Paragraph 1. "A physician shall be obligated to establish order of priority in providing medical care to a patient only in accordance with medical data", the Law of Georgia "on Health Care", Article 40. "Discrimination against a patient on the basis of race, color, language, sex, genetic heritage, religious convictions, political and other views, national, ethnic and social belonging, origin, economic and official status, place of residence, disease, sexual orientation or negative personal attitude shall be prohibited", the Law of Georgia "on the Rights of Patient", Article 6.

42 "A physician shall treat every patient with equal attention and care, with no exception whatsoever", Physician's Code of Ethics of Georgia: Chapter "Physician and Patient", Paragraph 2. "Equal and fair treatment of a patient implies, on one hand, exclusion of any discrimination, and on the other hand, taking into account a patient's individual needs. A patient's discrimination by a physician on the grounds of origin, social status, religious convictions, ideology, disease or any other grounds shall be prohibited. Further, when providing medical services to a patient, his/her in-

In-depth interviews with transgender persons showed that the majority of respondents have not experienced discrimination and negative attitude from physicians[43], however, this may as well be triggered by the fact that majority of respondents avoids visiting the physicians and pursues self-treatment. Respondents from our survey, who are unable to change their appearance as preferred, simply do not reveal their gender identity when paying visits to physicians.[44]

Majority of transgender respondents (10, N=14) stated that in their opinion, physicians in Georgia have a negative attitude towards transgender persons.[45] Only 4 from the survey participants find that physicians have a normal attitude towards transgender persons, and only if a physician is "clever" and "deeply knowledgeable". Remarkably, transgender persons themselves have identified medical personnel's negative attitude among factors, which they think affect the provision of quality healthcare services.

Majority of healthcare service providers believes that generally, most physicians are negatively disposed towards transgender persons (as well as LGB persons)[46]. Nevertheless, none of them can recall a fact when they themselves or their colleague had denied services to a patient due to his/her/their gender identity. At that, almost all of them distinguish between personal attitudes and professional ethics.[47]. As for personal attitudes, the analysis showed that their majority, 17

---

dividual needs associated with specifically health as well as religious, ethnic, psychological, social or other personal qualities should be taken into consideration". Physician's Professional Rules of Activity, Chapter 2.1.1, "Equal and Fair Treatment".

43 A fact of discrimination was recalled by Lina (25 year old transgender woman), who has experienced trouble with a dentist due to her gender identity: "2 years ago I had been visiting a dentist, where my ex-friend had brought me ... to correct teeth ... and I used to visit there and then this woman learned something about me ... either he had told her or ... in fact I used to go there with make-up because I felt free with her ... but when this woman learned ... I have paid two visits and should have visited again - I was treated on several teeth ... and she asked my friend that I shouldn't have visited anymore ... she came up with some excuse, but my friend told me she had learned about me and that was the reason ..."; according to Eko (36 year old agender), in those rare cases when s/he visits a physician, s/he avoids discussing his/her own gender identity, however, they still stare at him/her and criticize because of clothing. A physician has also criticized him/her similarly. Gvianishvili N, Situation of Transgender Persons in Georgia, WISG, Tbilisi, 2014.

44 Transgender persons, who have not started to transition, may experience significant stress while showing their body. Healthcare specialists often lack sensitivity towards this kind of vulnerabilityTrandgender Health and Human Rights. Discussion Paper. UNDP. 2013

45 Shako (19 years old agender): "My relative once affected me badly by telling me such things, that this is a disease and talling me some crazy things ... drove me to tears and ... he's a doctor himself and I don't think doctors have some different opinion ... at least because they're traditional and religious, they still will be aggressive" Gvianishvili N, Situation of Transgender Persons in Georgia, WISG, Tbilisi, 2014.

46 „In Georgia ... Let's start with saying that this attitude is often hostile, and if it's not hostile and is friendly, it's very humiliating, I don't know how to say 'patronizing' in Georgian, meaning the attitude is like with the ill, curing of which is possible, that's why I'm saying" . Aghdgomelashvili E., Study on LGB Needs in the Healthcare Sector, in-depth interviews with healthcare specialists, technical report, WISG, 2014.

47 „As for the attitude, there are 2 aspects here. The first aspect is personal, as a human approach and human

(N=23) do not allow their personal attitudes to affect relations with a patient, and thus demonstrate neutral and/or positive attitude towards transgender individuals.

Respondents reporting about negative attitude of other medical personnel stressed that this is mostly linked with gaps within the education system, lack of knowledge, and non-awareness. [48]

Insufficient level of specialists' awareness on transgender identities and transgender persons' specific needs in the healthcare sector creates considerable problems at the level of primary healthcare and raises doubts about adequacy of referrals upon need.

Trans sensitive health care

Numerous studies establish that marginalization, stigma and the stress of minorities, along with other social and economic factors, have a significant impact on the general health condition and well-being of transgender persons, as well as on the use of healthcare services and visits to specialists.

In healthcare-related situations LGBTI patients suffer "ostracism, invasive questioning, rough physical handling, derogatory comments, breaches of confidentiality, shock, embarrassment, unfriendliness, pity, condescension, and fear".[49] They "respond to this mistreatment by delaying medical care or risking potential misdiagnosis by hiding their sexual orientation".[50] Homophobia, ignorance and fear are not just impediments to accessing healthcare, but also to research,[51] further perpetuating the cycle of mistreatment.[52]

The analysis of interviews with healthcare specialists showed that more than half (14, N=23) of specialists interviewed as part of the study shares the opinion that

---

position toward a homosexuality and the second is a physician's position. A physician's and human's position is not the same. ... I still believe that 90% of physicians are most probably negatively disposed towards this category as humans, and as physicians – it's a different topic". Aghdgomelashvili E., Study on LGB Needs in the Healthcare Sector, in-depth interviews with healthcare specialists, technical report, WISG, 2014.

48 „It's not their fault they don't have this information, because it wasn't taught in medical institutions and isn't being taught currently either." „In fact, I would assess the physicians' attitude as more homonegative than homoneutral, but because they absolutely don't have relevant information." Aghdgomelashvili E., Study on LGB Needs in the Healthcare Sector, in-depth interviews with healthcare specialists, technical report, WISG, 2014

49 Health and Human Rights Resource Guide. FXB Center for Health and Human Rights and Open Society Foundations. 2013.

50 Ibid.

51 Ibid.

52 Ibid.

existing stigma and discrimination affect the use of healthcare services and visits to specialists.

In-depth interviews conducted with transgender persons demonstrated that the majority of respondents (12, N=14) does not undergo regular prophylactic medical check-ups to establish general health condition. Among the reasons thereto are: good health condition or lack of need to undergo such check-ups, financial status, lack of wish and feeling of awkwardness with doctors, which several respondents have linked to difference between their own gender expression and biological sex.

HIV/IIDS and STDs

In terms of spread and prevention of HIV/AIDS and STDs, special importance is given to studying the needs of individual vulnerable groups and taking them into account when developing the prevention strategy. Owing to a high risk of marginalization, unemployment and homelessness, part of transgender people has to work as a commercial sex-worker, thus increasing the risks and danger of infecting with HIV and STDs. In last few years, the joint program of UNAIDS and the World Health Organization places special focus on these issues.[53]

In 2013, the consultation-psychological center "Tanadgoma" has conducted a study aimed at identifying needs for and accessibility of HIV-related services for transgender individuals. The study showed that: "Majority of respondents are aware of HIV infection, AIDS, ways of transmission and prevention. Further, they acknowledge the risk of being infected, but nevertheless they have unprotected sexual intercourse. Among the reasons are the fear of losing a commercial client (they may be refused should they use a condom), and the trust factor "with a constant partner". All of them had been tested for HIV and described the attitude of medical staff as normal. They stressed that receiving free service (testing) was important for them due to economic factors. In addition, respondents recall being laughed at at the pharmacies on several occasions. [54]

As for the needs assessment conducted by WISG, it turned out that: majority of respondents do not undergo systematic regular check-ups, yet, they are much attentive to testing of HIV/AIDS and sexually transmitted infections. The participants test on HIV/AIDS and STIs in "Tanadgoma" and/or the "AIDS Center". Respondents describe their treatment in the above two organizations as friendly

53 UNAIDS / WHO (2011) Technical Guidance for Global Fund HIV Proposals Round 11,; WHO (2013) Joint Technical Brief: HIV, Sexually Transmitted Infections and Other Health Needs among Transgender People in Asia and the Pacific:

54 Identifying needs for and accessibility of HIV-related services for transgender individuals in the South Caucasus. Analysis of qualitative research. Tanadgoma. Tbilisi.2013

and professional. Further, given that these services[55] are free and accessible for them, these very two factors must be contributing to a high number of users of these services. 9 respondents have been tested for HIV/AIDS and other STIs during the last year. Those who have not taken this test for more than a year, refer to having one partner and trust towards him/her/them, regular use of protection means, and in some cases absence of sexual life at this stage.

Mental Health and the Minority Stress

Transgender persons are especially vulnerable in terms of gender based violence. They often become victims of hate crimes, and are systematically exposed to psychological violence from family members as well as other acquaintances and strangers over years. Experience of violence and transphobic environment significantly affect their mental health. The minority stress and internalized transphobia often pushes them to self-destructive behavior.[56]

Many transgender persons depend on the support of primary healthcare specialists and friends, but not all of them are able to discover issues containing potential mental health risks such as disturbances, depression, suicidal thoughts, and psychosis. In these cases, a psychiatrist's mandatory special supervision may be of vital importance. There are few psychiatrists competent and motivated enough to take into consideration the specifics of transgender individuals.[57]

Only two from the WISG's study[58] participants have not approached a psychologist over last two years (N=14). Respondents mainly benefit from free psychological consultations delivered by LGBT organizations, and apart from a few cases, are fully satisfied with these services.

In this study we have applied the "depression scale" to measure the psychological

---

55 The same can be said about other kinds of qualified services (psychological and sexological consultations), which they receive via NGO's; the accessibility of the service and trans-friendly environment directly affect the demand and use of the services.

56 Meyer, I. H. (2006). Prejudice and discrimination as social stressors. In M. IH & N. ME (Eds.), The Health of Sexual Minorities: Public Health Perspectives on Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Populations (pp. 242-267). New York, NY: Springer Science and Business Media.; Meyer, I. H., & Northridge, M. E. (Eds.). (2007). The health of sexual minorities: Public health perspectives on lesbian, gay, bisexual and transgender populations. New York: Springer.; Herek, G. M., Gillis, J. R., & Cogan, J. C. (1999). Psychological sequelae of hate-crime victimization among lesbian, gay, bisexual and transgender adults.Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67, 945-951; D'Augelli, A. R., & Grossman, A. H. (2001). Disclosure of sexual/gender orientation, victimization, and mental health among lesbian, gay, bisexual and transgender older adults. Journal of Interpersonal Violence, 16, 1008-1027.

57 HIV, Sexually Transmitted Infections and Other Health Needs among Transgender People in Asia and the Pacific, joint regional technical brief, WHO. 2013

58 Gvianishvili N, Situation of Transgender Persons in Georgia, WISG, Tbilisi, 2014.

condition of our individual respondents and the group as a whole. Average statistical index of depressive attitudes in the group is 25, which is higher than acceptable (16). Generally, this may be related to above-described violence and experience of discrimination, as well as mental problems of individual respondents that may not be linked to their gender identity. The highest scores – 45 and 39 – were accrued by two respondents with a quite long experience of depression, and who are being still treated.

Lowest index on the depression scale was shown by two transgender males, who are in the transition process for less than three years. Meanwhile, one transgender man, whose transition is in progress for 7 years, has also shown a higher index of depression than acceptable – 23.[59] Otherwise, each respondent with a high index on the depression scale has experienced in last two years or is currently experiencing factors, which may potentially foster depressive attitudes.

Financial Affordability

The 2014 study revealed that the majority of respondents (12) does not undergo regular prophylactic medical check-ups to establish general health condition. Among the reasons thereto are: good health condition or lack of need to undergo such check-ups, financial status, lack of wish and feeling of awkwardness with doctors, which several respondents have linked to difference between their own gender expression and biological sex.

Only 5 of 14 respondents have medical insurance, and 3 of these have general public health insurance (including one - student), and 2 - private. Respondents with no medical insurance list among reasons “lack of interest and need”, lack of finances, and stress caused by explanation of difference in the applicant’s appearance and documents when submitting papers for insurance. The survey found out that above-mentioned 9 respondents are not familiar with information on ways to participate in the general public state healthcare program.

As for the trans-specific healthcare services, gender reassignment service is available in Georgia, but patients have to bear related costs on their own (whereas costs of other medical procedures, for instance various analyses, dental services, childbirth, etc. may be covered by various private or state insurance packages available in Georgia).

---

59 It would be of interest in the future to examine the duration of transition and its side effects in connection with growth and decline of depressive attitudes.

Based on the Resolution N77 of the Government of Georgia,[60] the state fully or partially funds medical operations of certain categories. The list of operations and criteria of state funding are mainly based on implication of diseases and the low social or specific social status of beneficiaries of medical operations. Gender reassignment procedures for transgender persons, despite their high social importance, are not included in any legal act. Given the poverty and unemployment level in Georgia, many cannot financially afford costs required for the gender reassignment procedures.[61]

Under various data and calculations, the cost of a full transition process ranges between 12 000 to 20 000 USD.[62] Taking into account that the majority of transgender persons encounter serious problems in the process of employment due to inconsistent gender records in their identity documents (which, based on the current practice, foresees undertaking a full transition process) and often have to agree to low-paid and unqualified jobs, procedures required for transition remain as financially non-affordable for them.[63] Hence, escaping from this somewhat vicious circle is rather difficult without relevant regulations or special measures taken by the state.

The Right to Quality Medical Services

The right to receive quality medical services is regulated in Georgia at legislative level[64] as well as by ethical and medical standards in effect in the country.

The law[65] provides for the state's prevailing role on the control of quality of medical services. Quality control mechanisms include licensing of a medical institution as well as certification system of physicians and development of national clinical

---

60 Resolution N77 of the Government of Georgia "on the Approval of 2011 Healthcare State Programs", 15.02.2011.

61 Materials of study on transgender persons' needs in healthcare sector, organization "Identoba", 2012.

62 Because procedures required for transition and consecutiveness are not written out and regulated by the state, and the fact that the number of consultations as well as the duration of pre and post-operational hormonal therapy course and the number of procedures required for transition depends on the decision of an individual medical worker, health status of a concrete individual, and other additional factors, it is difficult to determine the exact financial cost of procedures.

63 For example, out of 14 respondents we have interviewed in 2014, 5 are self-employed, 4 - unemployed, 5 - employed full time. Out of the employed, the income of three respondents is 300-700 GEL, four respondents - 700-1000 GEL, two - 100-300 GEL, and one - 500-700 GEL. The income of one respondent is less than 100 GEL.

64 "Every citizen of Georgia has the right to receive from any healthcare provider medical service in accordance with the professional and service standards, acknowledged and established in the country", the Law "on the Rights of Patient", Article 5.

65 "The Ministry of Health of Georgia shall control the quality of medical activities of all medical institutions in accordance with established procedure", the Law of Georgia "on Health Care", Article 63.

practice manuals.[66]

The certification and re-certification system of physicians is suspended in recent years. As for clinical guidelines, although trans-specific medical services are available in Georgia, a clinical guideline still does not exist in Georgia, which would describe transition-related diagnostic and treatment measures.

The Bioethics Council's recommendation "on the Change of Sex by a Person" sets out general instructions on ethical and professional standards, while the duration of medical procedures, order of priority, and selection of treatment forms are entrusted to individual specialists:

> *„... Legislation of Georgia does not currently regulate the change of a sex specifically. Like in case of other medical services, a physician in such cases must be guided by general healthcare legislation (the Laws on "Health Care", "Rights of Patient", "Physician's Activities"), which implies the receipt of an informed consent and observance of confidentiality and other ethical as well as professional standards... ... Any legislative initiative on the change of sex is not required... Such intervention must be carried out by observing effective legislation and taking into account the professional standards. A decision on conducting the surgery must be based on a patient's will and physician's liability."* [67]

As for the duration of mandatory medical supervision, the type of medical examinations to be conducted, and age limitations, the Bioethics Council finds that these issues should be regulated "by professional standards and defined by specialists" (the instruction follows that a patient must be legally capable, acknowledging the decision-making ability at the time of making the decision).[68]

In the last decade, changes related to transgender identities and trans-specific medical services were of fundamental nature in the process of diagnosing as well as care and treatment (which, by itself, is built on clinical experience accumulated in various countries). Leaving the regulation of these issues at the discretion of individual physicians raises doubts about quality of the medical services available for transgender persons in Georgia. Intense studies are conducted in parallel with changes in terminology, depathologization of transgender identities, and introduction of forms of gender-affirmative therapy, which are focused on the impact of transition related procedures/treatment on the patients' health, etc. The knowledge of medical personnel on transgender identities and trans-specific

66 The Law "on Health Care", Article 16, Paragraph "b".

67 Recommendation of the National Bioethics Council on the change of sex by a person, 20.02.2008.

68 Ibid.

medical needs affects the quality of services.

The absence of clinical guidelines that would thoroughly describe relevant standards of diagnostics, treatment and care by taking into account the principles of “beneficence” and “without prejudice” to a patient[69] was identified as a problem by a group of physicians we have interviewed, which directly provides this service.[70] Further, they emphasize the need of their involvement, as specialists working on the issue firsthand, in the development/adaptation of such guidelines.

Knowledge of healthcare specialists regarding transgender persons and their needs

Healthcare specialists “may not be aware of specific needs of transgender persons in the healthcare sector or may lack professional training required to address these needs”,[71] which by itself affects the quality of service.

Our survey has shown[72] that randomly chosen healthcare workers (save one respondent) have quite a vague knowledge about gender identity and transgender people. One part cannot formulate exactly, but defines it as a “problem of self-perception of one’s own sex”. Others cannot delimit sexual orientation and gender identity from each other.

A spectrum, by which respondents differently describe gender identity is rather broad: disease, abnormality, sin, pathology, “deviation from a healthy lifestyle”, “equality of rights between a woman and a man”. Only 3 respondents delimited transgender identities and gender dysphoria from each other (N=23). All three of them have clinical experience of working with transgender persons and are familiar with DSM-V.

---

69 “Beneficence refers to decision-making as useful as possible for a patient’s life and health; any advice given to a patient, any medical intervention must primarily aim to bring benefit for a patient (meaning a patient’s life and health). “Without prejudice refers to avoiding harm in the course of provision of medical services. Although any medical intervention aims to bring benefit for a patient, any intervention is accompanied with a probability of causing certain damage; medical staff must constantly try to maximize benefit and minimize damage; further, expected benefit from any medical intervention must succeed potential damages.” Overview and Analysis of Regulations and Ethical Norms on Human Rights Issues in the Georgian Healthcare Sector, G.Javashvili, G.Kiknadze, N.Kutateladze, Tbilisi, 2013.

70 “It is necessary to have information in order to adapt, which there isn’t and for this moment I cannot say how adapted are the medical classificators,the State should be regulating this, especially when it comes to medical intervention. How could something be done in the country without the States regulation?”Aghdgomelashvili E., Study on LGB Needs in the Healthcare Sector, in-depth interviews with healthcare specialists, technical report, WISG, 2014.

71 A/HRC/19/41; Hammarberg, T. (2009) Gender Identity and Human Rights: Issue Paper, Strasbourg: Council of Europe,

72 Aghdgomelashvili E., Study on LGB Needs in the Healthcare Sector, in-depth interviews with healthcare specialists, technical report, WISG, 2014.

In diagnosing, specialists working in Georgia are guided by the ICD-10 classifier, which is considerably rougher in terms of describing the transgender spectrum, than DSM-IV or DSM-V. Respondents (healthcare specialists) provided varying answers to our question about which classifier is more flexible to describe a transgender spectrum. At that, very few specialists were familiar with changes related to transgender identities in DSM-V (notably, this trend was clearly related to the respondents' clinical experience and not to any other factors: e.g. age group, education, specialty, etc.).

Remarkably, delimitation of sex, gender and gender identities is a key matter in the process of depathologization of trans-specific issues.

Terminological confusion of sex and gender is a prevailing problem in the classifiers' Georgian publications (e.g. "gender identity disorder" (F64) is translated, as "sex identification disorders",[73] "sexual identity disorder".[74] In medical textbooks and residency modules, "gender" is also translated as "sex".[75] In another textbook published in 2013 in Georgian (Shorter Oxford Textbook of Psychiatry. Fifth edition[76]), trans-specific topics are combined in the sub-chapter on "gender identity anomalies"). M.Chavchanidze's work in clinical sexology is an exception, which not only clearly delimits sex and gender from each other, but in addition describes both of them and relates to trans-specific issues.[77]

The above clearly demonstrates how problematic the articulation of gender identity related issues is in our academic sector.

Lack of awareness among medical personnel on trans-specific issues and needs is one of the significant factors affecting the highest attainable standard of health for transgender, intersex and gender non-conforming persons.

Those who have some knowledge on gender identity stressed they had gained this knowledge after graduating when they started their clinical experience or at different trainings. Interestingly, from this standpoint, currently available textbooks and methodology are not consistent with contemporary standards either and do not reflect clinical experience accumulated in recent years or study results and the best medical practices. Yet, majority of respondents expressed eagerness to

---

73 T.Silagadze, L.Menteshashvili. Diagnostics of mental diseases by the ICD-10 criteria (handbook). Tbilisi, 2009.

74 Glossary of psychiatry by the World Health Organization, Georgian Mental Health Association, Tbilisi, 2005.

75 For an example see also the residency curriculum in pediatrics. Article 3. Module 3. Pediatrics of Development and Behavior. o) "Sexual behavior/sex identification disorders: masturbation, trans-sexuality, transvestism, homo-sexuality".

76 M.Gelder, P.Harrison, P.Cowen, Shorter Oxford Textbook of Psychiatry, "Global Initiative on Psychiatry" Foundation. This textbook was published in 2006 and is based on DSM-IV.

77 M.Chavchanidze, Propaedeutics of Clinical Sexology. Tbilisi, 2014.

deepen knowledge on these issues.

Owing to the lack of education as well as clinical studies and experience, very few are aware of transgender persons specific needs[78]. In fact, there are only 3 such individuals even among specialists having direct contact with transgender community.

The rest of respondents, including primary healthcare specialists, believe that transgender persons' needs are limited to: 1) consultations with a psychologist/psychiatrist; 2) consultations with a psychiatrist and a "sex change" surgery; 3) problems related to a risky sexual behavior. This could be explained, on one hand, by the pathologization of transgender identities, and on the other hand, by a widespread binary framework of gender perception and scarce knowledge on gender identity as well as gender variations.

Trans-specific health care

Currently, transgender identities are fully medicalized and pathologized in Georgia and do not cover a wide spectrum that these identities actually represent. It is automatically believed that every single transgender and gender non-conforming person eventually aims to undergo a gender reassignment surgery, which is inconsistent with results obtained from clinical experience in other countries.[79]

Classifying transgender identities as a mental disorder entails their submission to the psychiatric evaluation in order to receive the desired hormone and surgical treatment. The situation of transgender persons living in Georgia is worsened by the fact that pathologization and its inherent medical procedure, including gender reassignment surgery, are a necessary pre-requisite for the legal recognition of gender.

DSM V strictly delimits from each other transgender identity and gender dysphoria, which some gender non-conforming individuals may experience at some stage in their lives.[80]

---

78 "Why would they have any specific needs, that others don't have?; "Of course, it wouldn't do harm to know, for general information, however it is not such an acute problem, I don't believe they have any special problems, I've come in touch with them and this is why I say it". Aghdgomelashvili E., Study on LGB Needs in the Healthcare Sector, in-depth interviews with healthcare specialists, technical report, WISG, 2014.

79 In this respect, statistical data of other countries are different. Number of transgender persons in adults ranges from 1:24000 to 1:37000 for biological males and from 1:103000 to 1:15000 for biological females. On average 1:30000 (biological males) and 1:100000 (biological females) approach a clinic with the gender reassignment surgery request. At that, this indicator differs from a common indicator of transgender persons. See DSM IV at 535.

80 American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition. 2013

Methods of coping with distress and treatment of gender dysphoria may include changes associated with gender expression and appearance modification, including a body feminization/masculinization through hormone therapy and/or surgical interventions. In individual cases, when gender dysphoria is especially acute, such intervention is an utmost necessity.

Of special importance for transgender persons participating in WISG's study are medical services needed for transition, such as hormonal therapy and various types of surgical interventions (especially mastectomy or breast enlargement). While transgender women wishing to enlarge breasts approach plastic surgeons directly, transgender men are not aware who they can address for mastectomy and what evidence is required for a surgeon to conduct such operation. None of transgender women participating in the study is currently undergoing hormone therapy and neither are they informed about it, while transgender men (three respondents) pay more attention to this aspect of transition and find relevant information sources more easily.

Such gaps in necessary information for transgender persons are not at all surprising, because surgical and other types of medical interventions accompanying the transition are neither prohibited nor regulated by the legislation of Georgia. Accordingly, decision-making on the issue is often left at the discretion of individual physicians and clinics. Hence, accurate information on the issue is not simply accumulated together and is often vague even for organizations working on transgender issues.

Trans-specific medical services may be conditionally divided into several stages: diagnostic, hormone therapy, surgical interventions:

a) The stage of diagnosing lasts from 1 year to a year and a half and includes consultations with psychologist, psychiatrist, sexologist as well as genetic, hormonal, urogenital tests. Once this stage is over, a doctor sexologist issues a certificate on the so-called "true transsexuality". Under the ICD-10 classifier currently in effect, this condition conforms with F64. Such diagnosis is a necessary prerequisite of hormone therapy and a surgery.

b) Hormone therapy

c) Surgical intervention

Only three (N=14) from participants of this study possess a "true transsexual" certificate, while one is undergoing relevant procedures to obtain the diagnosis. Majority of participants believe the certificate must be issued for an individual to be convinced of his/her own gender identity and not to regret a surgery she/he/

they will undergo. At the same time, part of respondents finds that individuals must not have to undergo long and expensive procedures to “prove” their own gender identity.[81]

A case, in which the respondent had discovered her own intersexuality while searching for her gender identity, is worth a separate mention. She has obtained a “true transsexual” certificate, but not in Georgia.[82]

Hormone Therapy

Hormone therapy is of vital importance for many transgender individuals, because undertaking it affects secondary characteristics of sex like body forms and hair, voice pitch, etc. Those around often perceive this as a certain “gender marker” and use it to associate an individual with any of the sexes. This substantially affects the perception of transgender persons by those surrounding them.

Under the current Georgian practice, the diagnosis (F.64) is required for launching the hormone therapy needed for transition. As noted above, the diagnosing process may last 1-2 years, including various consultations and tests.

Three transgender men from the respondents are undergoing hormone therapy. Although taking hormone drugs without doctor’s supervision is not recommended, they had not approached an endocrinologist. In naming the reasons, they refer to unstable income and expensive medical consultations and relevant analyses. All three take “Omnadren 250”, about which all of them had learned from transgender activists residing abroad. From the same sources they learned about dosing and frequency of injections. All three describe the results of hormone

81 Sergi (26 years old transgender man) notes also that all of this is uncomfortable for him in terms of timing, because in the future he plans to undergo a sex correction surgery: “I simply can’t wait year and a half for anyone, my age doesn’t allow me to wait for year and a half for someone, I’m almost 30 already ... I guess I won’t need anything when I’m 40 ... 30 in terms of health, and 35 for undergoing such a huge surgery and then rehabilitating easily are the least relevant time and age”. Gvianishvili N, Situation of Transgender Persons in Georgia, WISG, Tbilisi, 2014.

82 She describes the period prior to obtaining the certificate as follows: “From the beginning [...] they hospitalized me in the district mental health institution. In the first department, with acute mental health cases ... because they thought I’m insane and that positioning beyond one’s own sex is abnormal. I was lying in this closed building for a month, with barred windows. In parallel, examinations started, psychological, sexological, psychiatric, etc. ... general analysis, then in-depth ones, then insemination, so in short that’s how we learned about this XX chromosome”. Once the doctors have established that Liza had the XX chromosome, while her secondary sex characteristics were those of a male, meaning she is in the intersex spectrum, and she was released from the hospital. As Liza says, her body forms were more feminine, because her organism did not generate enough testosterone. Owing to this, doctors recommended to parents to start hormonal therapy to masculinize her. As a result, she has developed a tumor, which Liza has successfully overcome after the surgery and treatment. We find it important to describe the above case separately, because intersexuality is not researched in the Georgian context and Liza is the only person in the intersex spectrum who had disclosed her status to us, and most probably belongs to those few individuals who actually know about their own intersexuality”. Gvianishvili N, Situation of Transgender Persons in Georgia, WISG, Tbilisi, 2014.

therapy extremely positively: hair has appeared on their faces, their voices have lowered, and the fatty-muscle mass has started redistributing differently. All of this considerably helps all three respondents to integrate into the society and not to raise “suspicion” about their own gender, which, by itself makes them less vulnerable to unexpected transphobic attacks.

Surgical procedures

Surgical procedures relevant to the gender reassignment may be divided and carried out in several stages: breast enlargement/mastectomy, hysterectomy, vaginoplasty/phalloplasty, penectomy/orchiectomy, plastic surgery for feminization of a face, etc.

These medical procedures are not prohibited by legislation and there are clinics in the country where gender reassignment surgeries are taking place.[83]

Only one (N=14) of transgender persons participating in WISG’s study has undergone bilateral mastectomy.[84]

In case of other transgender persons participating in the study, some do not have sufficient funds, some are waiting for the consent of family members and/or partners, while some have not decided whether to be operated on or not. Notably, at the time of the study three transgender women stressed they are currently saving money for a breast enlargement operation.

83 Almost all respondents name one particular hospital in Georgia where gender reassignment surgical procedure is available, but in case they can choose they’d prefer to go abroad to the countries like Germany, Netherlands, Turkey and India. One respondent thinks that this kind of surgery can’t be done in Georgia. Part of the respondents does not trust Georgian surgeons because they were told about complications after gender reassignment surgery, though they cannot give any specific examples about complications. Identifying needs for and accessibility of HIV-related services for transgender individuals in the South Caucasus. Analysis of qualitative research. Tanadgoma. Tbilisi, 2013.

84 “After the war, i.e. in 2008, I was operated on ... and I coincided it in a way to have less questions you know ... I had a favorable moment and was operated on ... all soldiers underwent medical check-ups after the war ... because everyone knew about my thoughts and lifestyle, apparently no one was causing me any problems ...”.

INTERNATIONAL EXPERIENCE AND BEST PRACTICES

Transphobia and discrimination

On March 31, 2010 the Council of Europe Committee of Ministers has adopted the Recommendation for member states "on measures to combat discrimination on grounds of sexual orientation or gender identity" – CM/REC(2010)5[85]. The Recommendation is the first international legal instrument aiming to eliminate discrimination based on this specific ground. Explanatory memorandum[86] provides a possibility to exhaustively evaluate the efficiency of steps taken in the country to eliminate discrimination, and identify problematic and key issues requiring response from the state.

The Recommendation was unanimously adopted by 47 member states of the Council of Europe. Although it is more a recommendation and not a convention, it is firmly based on binding international and European treaties on human rights recognized by member states. Therefore, member states have a clear obligation to observe the Recommendation.[87]

CM/REC(2010)5 explicitly instructs to develop national action plans for elimination of discrimination based on sexual orientation and gender identity. For number of the Council of Europe states this was a priority issue already, and accordingly, apart from legislative amendments, they had worked actively to effectively enforce existing laws and normative acts.

Ten member states of the Council of Europe have developed a long-term Action Plan for securing full public participation of LGBT persons (Albania, Belgium, France, Germany - at regional level, Italy, Netherlands, Portugal, Spain - at regional level, Great Britain, Norway).[88]

In addition to the fact that hate crimes and actions contradict the principle defined under Article 1 of the Universal Declaration of Human Rights, "from the victim's perspective, what matters is that s/he has been chosen because of an immutable or fundamental aspect of his/her identity".[89] Accordingly, legislation of many

---

85 Recommendaton CM/Rec (2010)5 of the Committee of Ministers to member states on measures to combat discrimination on grounds of sexual orientation and gender identity.

86 Recommendaton CM/Rec (2010)5 of the Committee of Ministers to member states on measures to combat discrimination on grounds of sexual orientation and gender identity. Explanatory memorandum

87 In 2013, the states have submitted reports on the progress achieved. State-produced report is available at the following link:; in parallel with official reports, the "Women's Initiatives Support Group" has developed a shadow report, Report on the Implementation of CM/REC(2010)5 Recommendation, WISG, Tbilisi, 2012.

88 Great Britain, Norway, Netherlands and Albania have developed long-term Action Plans.

89 See: Hate Crime Laws – A Practical Guide. OSCE.

countries qualifies hate crimes as aggravated circumstances. In 23 Council of Europe states, Canada, Chile, and several US states, sexual orientation is included in the list of grounds of hate crimes.

Nevertheless, numerous studies demonstrate that statistics on such crimes do not realistically display the picture of violence against LGBT persons. Therefore, in parallel to legislative amendments, member states must take relevant measures so that victims and eye-witnesses of hate crimes and other hate-driven incidents committed on the grounds of sexual orientation and gender identity report thereof; to this end, member states must take all possible measures so that law-enforcement structures, including the judicial system, possess knowledge and skills necessary for identifying such crimes and incidents and assisting or supporting victims and witnesses.

Tested practices already exist in this respect, including the development of special training programs and guidelines for the police and judges, based on which they will be able to identify such crimes and incidents, as well as adequately assist and support victims and witnesses (England - the London Police, Scotland, Sweden, Catalonian Police - special manuals are available in these countries). In Belgium, Portugal, Croatia, Poland, Bulgaria, Italy, and partly in Sweden, organizations working on LGBT issues train police officers to make them more sensitive towards these issues. In Italy, issues related to trans-phobic and homophobic crimes are integrated into training program aimed at eliminating gender violence.[90]

In number of countries, LGBT non-discrimination and equality issues are integrated into Gender Equality Action Plans, whilst elsewhere these issues are addressed under separate action plans tailored to the group specifics (e.g. Australia, Great Britain[91]).

Legal Recognition of Gender

Guidelines[92] of the Council of the European Union, developed to promote and protect the enjoyment of all human rights by lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex (LGBTI) persons, note that:

"Appropriate identity documents are a pre-requisite to effective enjoyment

90 Aghdgomelashvili E., Situation of LGBT Persons in Georgia, a public policy document, WISG, 2013.

91 https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/85498/transgender-action-plan.pdf

92 Council of the European Union, 24 June 2013, "Guidelines to Promote and Protect the Enjoyment of All Human Rights by Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Intersex (LGBTI) Persons". Para.20. document number 11492/13, accessed 27 June 2013.

of many human rights. Transgender persons who do not have identity documentation in their preferred gender may as a result be exposed to arbitrary treatment and discrimination at the hands of individuals and institutions. No provision is made in some countries for legal recognition of preferred gender. In other countries, the requirements for legal gender recognition may be excessive, such as requiring proof of sterility or infertility, gender reassignment surgery, hormonal treatment, a mental health diagnosis and/or having lived in the preferred gender for a specified time period (the so-called 'real-life experience')".

Recognition of gender for transgender persons may be divided in several types in terms of legal regulation:

1) A surgery for gender reassignment and/or sterilization is a mandatory requirement for recognition of gender (in 35 Council of Europe member states, this process is either not regulated by law, or compulsory sterilization is a mandatory requirement (29 countries), majority of the US states, Australia and the South African Republic);

2) Compulsory sterilization, as a precondition of gender recognition, is not referred to in the law, but undergoing a hormone therapy course is a mandatory requirement for changing a gender marker in legal documents (Spain);

3) The law does not require any medical intervention or compulsory sterilization for legal recognition of gender (Argentina, Great Britain, Portugal, Denmark). To receive official recognition of preferred gender, undergoing a hormonal treatment or any type of operation is not required.[93] Legal recognition of gender is possible by submitting the evidence of gender dysphoria[94] to a competent authority, such as experts from the Ministry of Health (Hungary), Gender Recognition Panel (Great Britain), doctor or a clinical psychologist.

Although gender recognition in Hungary is not regulated by law, administrative proceedings pursue practice, by which a person's birth certificate may be amended without requirements of medical intervention and sterilization.[95]

From these, practices the first two clearly contradict the Yogyakarta Principles and standards set by the Council of Europe - no one can be subjected to treatment or

93 Practice of these states is regarded as the best.

94 This phenomenon refers to dissatisfaction, which individuals feel about a biological sex that they were born with.

95 Under this procedure, a transgender person submits an application in the relevant administrative agency on changing a sex in the birth certificate. An application must be accompanied by a medical expert opinion and an applicant's medical history. Based on the attached documents and an expert opinion, the Ministry of Health makes a decision on recognition of gender. See: "International Standards and Best Practices on Legal Requirements for Recognition of Gender for Transgender Persons", 2012, Identoba, page 13.

medical experiment without his/her consent.[96]

Requirement of surgical intervention for legal recognition of gender also contradicts the requirements of equality and non-discrimination[97].

In its Recommendation CM Rec 2010(5),[98] the Council of Europe has set “quick, transparent and accessible” procedures as a standard for legal recognition of gender. Further, “requirements, including changes of a physical nature, for legal recognition of a gender reassignment, should be regularly reviewed in order to remove abusive requirements”.

In 2010, the World Professional Association for Transgender Health (WPATH) has released the following statement:

> *“No person should have to undergo surgery or accept sterilization as a condition of identity recognition. If a sex marker is required on an identity document, that marker could recognize the person’s lived gender, regardless of reproductive capacity. The WPATH Board of Directors urges governments and other authoritative bodies to move to eliminate requirements for identity recognition that require surgical procedures”.*[99]

The World Health Organization, UN Office of the High Commissioner for Human Rights, UN Women, UNICEF, UN Population Fund, etc. fully accept this position.[100] The World Medical Association (WMA) and IFHHRO - the International Federation of Health and Human Rights Organizations find forced sterilization as unacceptable. The latter makes a special emphasis on transgender persons[101].[102]

In individual countries courts played a crucial role in abolishing these requirements or finding them inconsistent with human rights standards. For instance, the Austrian courts ruled that evidence of a gender change surgery is not necessary for legal recognition of gender. In Germany, the Constitutional Court has abolished

---

96 General Comment No. 14 of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights, paragraph 8, and the Oviedo Convention on Human Rights and Biomedicine of 4 April 1997, ETS No. 164, part II.

97 International Covenant on Civil and Political Rights, Articles 2 and 26; International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, Article 2

98 CM/Rec(2010)5 Recommendation of the Committee of Ministers to member states “on measures to combat discrimination on grounds of sexual orientation or gender identity”.

99 http://www.wpath.org/documents/Identity%20Recognition%20Statement%206-6- 10%20on%20letterhead.pdf

100 Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization. An interagency statement. OHCHR, UN Women, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF and WHO. 2014.

101 The International Federation of Health and Human Rights Organizations and the World Medical Association, “Global Authorities Demand Elimination of Forced Sterilization”, media publication, 5 September 2011;

102 See additional information on international human rights standards for forced sterilization of transgender persons in the joint shadow report by WISG, ILGA-Europe and TGEU on the protection of the right to health developed for the European Social Charter, 2014.

the requirement to undergo surgery and ruled that an applicant's right to gender self-determination would prevail over a legislator's interest to avoid inconsistency between biological sex and legal gender. Further, the Court found the requirement of permanent infertility (sterilization) as a totally redundant and disproportionate requirement. The Swiss court has ruled that a hormone therapy requirement resembled a surgery requirement too much and therefore required the same approach as surgical intervention. The court found that any form of medical intervention always and directly infringes upon relevant individual's physical inviolability and was rather problematic from legal standpoint.[103]

The Council of Europe Commissioner for Human Rights is deeply concerned about the fact that transgender persons are the only group in Europe, which is subject to legally established, state-enforced sterilization. The Commissioner recommends Council of Europe member states to abolish sterilization and other mandatory medical intervention as a necessary legal requirement for recognizing a person's gender identity.[104]

The same approach is found in the 3rd Yogyakarta Principle: "No one shall be forced to undergo medical procedures, including gender reassignment surgery, sterilization, or hormone therapy, as a requirement for legal recognition of their gender".[105] Prior requirements, including changes of a physical nature, for legal recognition of a gender reassignment, should be regularly reviewed in order to remove abusive requirements.[106]

Right to health

Access to Health Services without Discrimination

In the last decade, discrimination against LGBT group representatives and especially transgender persons has attracted particular attention of human rights activists in the healthcare sector. A concept has emerged in the field of human rights in recent years, which recognizes an individual's freedom to gender expression as a fundamental human right. Discrimination based on sexual orientation and gender identity in healthcare sector is also expressly evaluated as the human rights

103 Richard Kohler, Alecs Recher, Julia Ehrt: "Legal Gender Recognition in Europe", December 2013, publication by organization "Transgender Europe", pg. 42, 43.

104 See: https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1476365#P121_25629

105 See: http://www.yogyakartaprinciples.org/principles_en.pdf

106 Council of Europe Committee of Ministers' 2010 Recommendation, Paragraph 20:

violation.[107]

Stigma and discrimination, particularly in the healthcare sector, are often identified as chief obstacles in accessing essential (important, vital) services relating to HIV infection and other sexually transmitted infections, as well as specific support and general healthcare required for transgender individuals.

> *"Institutionalization of discrimination often starts from the registration department (table) of medical services, where the staff of a medical institution unyieldingly demand from patients to use only one of the two genders, and where the individuals are met by the staff who lack sufficient qualification (undertrained), sensitivity, and demonstrate reproaching attitude".*[108]

Inclusion of basic information on transgender identities and trans-specific services in the qualification/requalification or certification programs and curricula for the personnel working in the healthcare sector,[109] reference to gender identity in ethical and care standards to emphasize the significance of this issue, and development of trans-sensitive codes of conduct and guidelines at the level of clinics[110] are regarded as the best practices for avoiding stigma, potential discrimination and maltreatment from the medical staff. Further, special attention is paid to close partnership with transgender and human rights activists.

Trans-sensitivity of mental health related medical services is of special importance. Daily practices of transphobia, discrimination and marginalization prevailing in the country, and the experience of physical and permanent psychological violence seriously affect mental health and well-being of many transgender persons. Accordingly, special importance is given to trans-sensitivity of medical services related to mental health. In addition, in developing the guidelines/training modules, importance is given to the type and profile of a clinic/service. A three-tier model is usually applied: a basic course is intended for all specialists working in the field of mental health and is focused on basic knowledge about gender/sex/sexual orientation; knowledge of trans-sensitive protocol;[111] difference between non-

---

107 5 Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights on Discriminatory laws and practices and acts of violence against individuals based on their sexual orientation and gender identity. Geneva, United Nations Human Rights Council, 2011.

108 UNDP 2013, Transgender Health and Human Rights. Discussion paper.

109 Ibid.

110 in this respect, one of the best guidelines is the guideline developed by the Fenway Institute for medical staff, which describes in detail, for instance, the specifics of interviewing a transgender patient, etc. Makadon HJ et al, eds. Fenway Guide to Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Health. Philadelphia, American College of Physicians, 2008.

111 E.g. see Primary Care Protocol for Transgender Patient Care. San Francisco, Center of Excellence for Transgender Health, University of California, 2011 http://transhealth.ucsf.edu/trans?page=protocol-00-00.

problematic gender identity/behavior and cases that may be requiring a clinician's attention (particularly among children and adolescents). A middle tier applies to clinics offering general healthcare services to transgender persons. They must be aware of the group's general psycho-social characteristics, development stages of gender identity, and must be capable of working with gender non-conforming clients and their family members. The last, third tier applies to clinics focusing on trans-specific services and requiring special knowledge.[112]

Homophobia and transphobia, as well as stigma connected with HIV infection are often intertwined and further deteriorate access of LGBT group representatives to required services. The World Health Organization (WHO) watches closely that the specifics and needs of this group's representatives are reflected in the HIV/AIDS prevention plans and strategies. In 2011, WHO published a special manual on prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among MSM and transgender persons.[113] Yet, taking into account the specifics of individual regions and countries, it recommends individual states to study transgender people's needs and include them in relevant plans and strategies locally, in view of existing legislation and context.

Financial affordability

Full or partial coverage of medical procedures required for gender reassignment is an applied practice in many European states and Canada, while Argentina is the best example in terms of legal regulation of the issue.[114] Pursuant to the Argentine Law, healthcare workers, irrespective of which insurance system they represent: state, private or trade-union, shall guarantee the rights prescribed by this Law. All medical procedures included in the Argentina's Gender Identity Law (full or partial surgical intervention, hormonal treatment) are covered under a mandatory medical plan, meaning they are not subject to extra costs for those enjoying private or trade-union insurance plans.[115]

In states with no mandatory medical insurance systems, best example is found in the Californian practice, where the relevant legal act prohibits discrimination on the grounds of gender in the insurance sector.[116] In Great Britain, coverage of costs

112 Recommended Framework for Training Mental Health Clinicians in Transgender Care. 2006.

113 Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men and transgender people: recommendations for a public health approach. Geneva, World Health Organization, 2011

114 Aghdgomelashvili E., Situation of LGBT people in Goergia, policy paper; WISG. 2013

115 Article 11 of the Argentina Gender Identity Law.

116 AB 1586 Insurance Gender Non-Discrimination Act.

necessary for the gender reassignment medical procedures is regulated as part of the plan for action for advancing transgender equality.[117]

Member states should take appropriate legislative and other measures to ensure that any decisions limiting the costs covered by health insurance for gender reassignment procedures should be lawful, objective and proportionate.[118]

ECHR case law recognizes the right to gender self-determination, as one of the aspects of the right to respect for private life guaranteed under Article 8 of the European Convention, and demands from the states, upon preference, to ensure surgical intervention for gender reassignment. At that, an insurance scheme must cover "necessary medical" treatment, a part of which can be a gender reassignment surgery.[119] Where the coverage of necessary medical services from public or private social insurance systems is regulated by law, such coverage must be reasonable, calculated and non-discriminatory,[120] taking into account the resources.

In 2003 the European Court rendered a decision on "*Van Kuck vs. Germany*". The applicant complained about funding of gender change procedures by a private insurance company. The Court held that Article 8 of the ECHR has been violated. As a gender identity is one of the most intimate spheres of a person's private life, it was disproportionate to request from the applicant to prove medical necessity of such treatment. No fair balance had been struck between the interests of the insurance company, on one hand, and the interests of the individual, on the other.[121]

The Council of Europe Commissioner for Human Rights recommends member states to make gender change procedures, such as hormonal treatment, surgery or psychological support, accessible to transgender persons, and to reimburse relevant cots under the state health insurance schemes.[122]

---

117 5 HM Government (2011), Advancing transgender equality: a plan for action.

118 Council of Europe Committee of Ministers' 2010 Recommendation, Paragraph 36:

119 Van Kück v Germany, no 35968/07, Decision of 12 June 2003, Paragraphs 73 to 86.

120 See: L v Lithuania, Decision of 11 September 2007, §59, and Schlumpf v Switzerland, no 29002/06, Decision of 8 January 2009, §115.

121 See: http://echr.coe.int/Documents/FS_Gender_identity_ENG.pdf

122 See: https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1476365#P121_25629

Quality of the Medical Services

Trans-Specific Healthcare Services and Depathologization of Transgender Identities

A key challenge for depathologization of transgender identities was related to the ability to receive trans-specific healthcare services for persons requiring such intervention. In last few years a certain consensus was reached through joint efforts of human rights organizations, activists, and health specialists, which enables trans-persons to legally recognize gender and receive transition related healthcare services without pathologization of transgender identity and gender expression.

Yogyakarta Principles, which address a broad range of human rights standards and their application to issues of sexual orientation and gender identity, stress the prohibition of defining sexual orientation/gender identity as a medical condition. The 18th Principle, which addresses the need of LGBT persons to be protected from medical abuses, declares: "No person may be forced to undergo any form of medical or psychological treatment, procedure, testing, or be confined to a medical facility, based on sexual orientation or gender identity. Notwithstanding any classifications to the contrary, a person's sexual orientation and gender identity are not, in and of themselves, medical conditions and are not to be treated, cured or suppressed".[123]

In this context, the revision of the tenth version of "International Classification of Diseases" (ICD-10) and the publication of the new version (ICD-11) in the World Health Organization (WHO) is a historic opportunity to secure for trans persons full access to legal recognition of gender as well as to transition related healthcare services, without conflicting with human rights.

Until recently, both international systems of mental disease classifiers: the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III, DSM-IV) and the International Classification of Diseases (ICD-9, ICD-10), viewed Trans identity as a form of mental and behavioral disorder, thus contributing to stigmatization of transgender and gender non-conforming persons.

In May 2010, the World Professional Association for Transgender Health (WPATH) has released a statement on the need to depathologize gender non-conformity. This statement stressed that "the expression of gender characteristics, including identities, that are not stereotypically associated with one's assigned sex at birth is a common and culturally-diverse human phenomenon which should not

---

123 Yogyakarta Principles on the Application of International Human Rights Law in relation to Sexual Orientation and Gender Identity,

be judged as inherently pathological or negative".[124] The statement articulated that pathologization reinforces stigma and prejudice, and fosters discriminatory practices against transgender people.[125]

Accumulated clinical experience and abundant studies, which attest to impact of cultural or other factors on gender and sexuality, have prompted DSM working group to revise the diagnosis. DSM-V refers to "gender dysphoria" only as a clinical diagnosis, which not only makes it possible to delimit from each other gender identity and gender dysphoria, but also depathologizes transgender identities as such.[126]

> *"It is widely accepted today that treatment is needed for gender dysphoria and not a transgender identity itself. Gender dysphoria, same distress, reflects the disorder of disturbance and obsession types. This disturbance has concrete grounds. In case of gender dysphoria, a wide range of treatment procedures is concerned: various phases of hormone therapy, various stages of surgical intervention, behavioral-cognitive or other type psychotherapy, resocialization, etc. There are high treatment risks (side effects of hormones, complications resulting from surgical intervention, etc.), and accordingly the diagnosis, its criteria, and conditions of this or that treatment method must be strictly defined".*[127]

As for ICD-10, which is a currently recognized international classifier in effect, its definitions are extremely rough and inflexible in terms of diagnosing trans-specific issues, and have a very narrow view of entire diversity of gender spectrum. 11th revision of ICD is planned in May 2015. The working group of the World Health Organization, which works on sexual disorders and sexual health (WGSDSH), has undertaken significant preliminary works for the revision of trans-specific categories. Scientists face a challenge in finding the right balance for describing and diagnosing trans-specific issues in a way which, on one hand, would not stigmatize people, and on the other hand, would maintain access to healthcare services for individuals with such needs.

Monographs drafted as part of the Working Group are extremely diverse and thoroughly describe the impact of cultural factors and nosology (including

---

124 http://www.wpath.org/uploaded_files/140/files/de-psychopathologisation%205-26-10%20on%20letterhead.pdf

125 In 2015, WPATH has released a new statement, which reflects on amendments made to DSM V. The statement is attached to the public policy document.

126 Activists also criticize the use of "gender dysphoria" as a diagnosis, because they find the term to be vague and medicalizing the transition process. See, for instance, **STP_Communique.** Reflections from STP regarding the ICD revision process and publication of the DSM V. 2013.

127 M.Chavchanidze, Propaedeutics of Clinical Sexology. Tbilisi, 2014.

the impact of cultural factors on demonstration and depth of disturbance and depression), experience of various countries in classification of mental disorders, socio-cultural factors in the context of somatic disorders, etc.[128]

It is already possible to see changes related to categorization in the ICD-11 draft.[129] Trans-specific issues, instead of the mental health section, will be included in the sub-chapter on sexual health, which will be an independent category in the new version. The term "gender identity disorders" used in ICD-10 will be replaced by the new, less stigmatizing term "Gender Incongruence".[130] However, working on gender transition related categories is not yet completed. Diagnosing and treatment of gender dysphoria in children is still being debated today.[131]

In the majority of countries, which do not prohibit/allow specific medical services required for transgender persons, including hormone therapy and surgical procedures of gender reassignment, relevant clinics/specialists are guided by the clinical guideline developed by the World Professional Association for Transgender Health (WPATH) – "Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People" (SOC).[132] The guideline encompasses issues such as:

- The Difference Between Gender Nonconformity and Gender Dysphoria;
- Epidemiologic Considerations;
- Overview of Therapeutic Approaches for Gender Dysphoria;

---

128 Darrel a. Regier , Emily a. Kuhl, David j. Kupfer. The DSM V: classification and criteria changes. World Psychiatry 2013;12:92–98.; Drescher, J. Controversies in Gender Diagnoses. LGBT Health Volume 1, Number 1, 2013.

129 Draft ICD-11 is available at a special web page of the World Health Organization:; on "gender incongruence" specifically, see: http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2ficd%2fen-tity%2f411470068

130 ICD-11 Working Group, which works on sexual disorders and sexual health, believes it is necessary to reject the model, which psycho-pathologizes transgender persons. They are convinced it is necessary to develop a new model, which will: 1) reflect the results of scientific studies and best practices available in this field; 2) be more sensitive to the rights, experience and needs of this vulnerable group; and 3) focus on securing access to high standards of healthcare services (Drescher, Cohen-Kettenis, Winter 2012: 575).

131 Critique and Alternative Proposal to the "Gender Incongruence of Childhood" Category in ICD-11. GATE Civil Society Expert Working Group Buenos Aires, April 4-6, 2013.

132 World Professional Association for Transgender Health (2011) Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People (7th Version). WPATH. Currently the guideline's 7th revised version is available, which differs from previous versions significantly. Changes are based on accumulated clinical experience, cultural changes, as well as recognition that transsexual, transgender, and gender nonconforming persons face other needs and obstacles in the healthcare sector other than the hormonal therapy and surgery. Coleman, E. (2009a). Toward version 7 of the WPATH's Standards of Care. International Journal of Transgenderism, 11(1), 1–7; Coleman, E. (2009b). Toward version 7 of the WPATH s Standards of Care: Psychological assessment and approaches to treatment. International Journal of Transgenderism, 11(2), 69–73; Coleman, E. (2009c). Toward version 7 of the WPATH's Standards of Care: Hormonal and surgical approaches to treatment. International Journal of Transgenderism, 11(3), 141–145.; Coleman, E. (2009d). Toward version 7 of the Standards of Care: Medical and therapeutic approaches to treatment. International Journal of Transgenderism, 11(4), 215–219.

- Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Gender Dysphoria;
- Mental Health;
- Hormone Therapy;
- Reproductive Health;
- Voice and Communication Therapy;
- Surgery;
- Postoperative Care and Follow-Up;
- Lifelong Preventive and Primary Care;
- Applicability of the *Standards of Care* to People Living in Institutional Environments;
- Applicability of the *Standards of Care* to People with Disorders of Sex Development.

The guideline integrates study results on assessment of risks related to hormone therapy,[133] the list of criteria for hormone therapy and surgeries,[134] etc.

Although the guideline is intended for international use, WPATH acknowledges it is primarily built on North American and Western European clinical research and expertise in the healthcare sector. At that, it acknowledges there are key differences in various countries related to attitudes towards transgender persons and gender nonconforming individuals, gender roles and stratification in a concrete culture; language, which is used to describe various gender identities; epidemiology; access to treatment; offered resources; number and profile of specialists; legal and political issues regulating these concrete topics domestically, etc. Accordingly, the guideline's authors believe that when applying these standards in a different cultural context, specialists should take into account these differences and adapt the guideline to the existing reality.

For this very reason, differences are found among practices of countries that recognize WPATH guideline as the primary standard of care. Clinical practices introduced in the US, Canada and the majority of Western European states differ from each other by the duration and mutual conditionality of stages of trans-specific medical services. For example, in some countries, the transition process

---

133 Hembree WC et al. Endocrine Treatment of Transsexual Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 2009,94:3132–3154.

134 Sohn M, Bosinski HA. Gender identity disorders: diagnostic and surgical aspects. The Journal of Sexual Medicine, 2007, 4:1193–1207. Makadon HJ et al, eds. Fenway Guide to Lesbian, Gay, Bisexual & Transgender Health. American College of Physicians, 2008.

considers the “experience of living with a relevant gender” as a mandatory stage (duration of which is also different in various states), while elsewhere no attention is paid to this issue at all. In some countries, an initial diagnosis on gender dysphoria is sufficient for a gender reassignment surgery, while in some states a repeated recommendation letter is required, which confirms the completion of a hormone therapy course and the necessity of undergoing subsequent procedures.

Practices of various countries are different also in terms of provision of trans-specific healthcare services. In majority of states, such services are available in specialized, multi-profile clinics (e.g. Norway and Finland), and on its hand, during legal recognition of sex the state recognizes diagnoses and certificates issued by these clinics only. Other practice is found for instance in Great Britain and the US. Parallel to specialized clinics, such a certificate may be issued by a practicing psychologist or psychiatrist (however, the form has special attachments describing the concrete specialist’s license, experience, etc.).[135]

The described model of care is equally criticized by the transgender human rights activists.[136] An alternative model offered by them (see Annex #2) shifts focus from transgender identity (as a prerequisite of medical intervention) to transphobia. At the first stage, this model finds it necessary to identify the needs and provides for involvement of social workers (psychologist or sexologist) in the care model from the very beginning.

„Rather than being concerned with the patient’s eligibility or readiness, the professional will help the patient engage with community support resources, consider various life choices including those that lie outside the conventional sexual binary, and decide whether or not to suppress his or her secondary sexual characteristics or undergo surgery. The existence of a prior psychiatric diagnosis should not constitute an impediment to accessing trans-related health care.

The model underlines the importance of community support group involvement, because social rejection and loneliness are some of the effects of stigmatization we’ve described earlier. Also, note that in this model, psychotherapeutic counseling

---

135 Notably, SOC 7 does not so narrowly define a circle of specialists authorized to make a diagnosis and finds that other specialists involved in the gender dysphoria treatment process (e.g. endocrinologist) can also issue such a certificate.

136 “The first requisite step in creating a best practices guide to trans health care is to re-conceptualize the prevailing medical paradigm, because it’s not a trans identity that induces a person to seek medical care; instead, the impetus is the constellation of societal factors that makes the daily lives of trans people so difficult. Stated another way, the problem is not transsexuality - it’s transphobia. The focus of public health intervention in such cases should therefore be the health deficits that result when the natural development of an individual is impeded by her or his failure to conform to the gender norms society imposes. It’s when the medical system fails to recognize society’s transphobia that the pathologization of individuals’ identities begins. best practices guide to trans health care in the national health system.

would be optional.

After the patient’s needs are clarified, he or she will proceed to consultation with specialists in surgical interventions and other treatments. In this phase, the patient should become informed not only about the techniques of various surgeons, but also about the social aspects, i.e., the risks and benefits, of making a physical transition. After surgery, the model specifies a means for follow-up health care if the patient desires it“.[137]

137 Ibid.

CONCLUSIONS/RECOMMENDATIONS

Range of problems that transgender individuals face in Georgia is rather broad. Non-regulation of processes related to legal recognition of gender by the state increases unemployment and poverty risks, facilitates marginalization of group members, and makes them more vulnerable to transphobic offences committed by the public. In return, stigma, unemployment and poverty risks make gender reassignment medical procedures even more inaccessible, undergoing of which, according to current practices, is necessary for legal recognition of sex. Thus, a certain vicious circle exists, escaping from which is extremely difficult.

Despite the last years' progress achieved on legislative level in regards to elimination of discrimination on grounds of sexual orientation and gender identity, in practice, there are many gaps which require additional measures in order to implement efficiently the existing laws and normative acts.

Current practice in Georgia, which connects legal recognition of gender to the medical transition process, creates significant human rights problems. Because a wide range of trans identities is ignored (from standpoint of medical intervention, the process may include only minor intervention, therapy, as well as a gender reassignment surgery), individuals have to choose between undesirable and unnecessary medical interventions and the legal recognition of gender.

The practice of legal gender recognition that requires compulsory sterilization, comes in conflict with requirements of equality and non-discrimination (International Covenant on Civil and Political Rights, Articles 2 and 26; International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, Article 2)

Council of Europe's CM Rec 2010(5)[138] establishes the "fast, transparent and accessible" standard for legal gender recognition procedures. In addition, "prior requirements, including changes of a physical nature, for legal recognition of a gender reassignment, should be regularly reviewed in order to remove abusive requirements."

The World Health Organization, UN Office of the High Commissioner for Human Rights, UN Women, UNICEF, UN Population Fund, etc. fully accept this position.[139] The World Medical Association (WMA) and IFHHRO - the International Federation of Health and Human Rights Organizations find forced sterilization as unacceptable.

138 CM/Rec(2010)5 Recommendation for Council of Europe members states on measures to combat discrimination on grounds of sexual orientation and gender identity.

139 Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization. An interagency statement. OHCHR, UN Women, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF and WHO. 2014.

The latter makes a special emphasis on transgender persons[140].[141]

CEDAW Committee directly calls on the Georgian government to "abolish restrictions for transgender persons to obtain identity documents".[142]

Full pathologization and medicalization of transsexuality, which fully excludes a wide range of transgender identities, non-regulation of medical transition process by the state, expensive medical procedures required for transition, low awareness of medical personnel on transsexuality/intersexuality in general and the group's needs in healthcare sector, etc. also prevent them from identifying and receiving quality medical assistance.

As researches have illustrated, in view of daily experiences of stigma, marginalization and discrimination, transgender persons encounter different types of problems as well, related to unemployment and homelessness risks. The State Strategy on Healthcare Issues, which focuses on various vulnerable groups, does not refer to/ recognize transgender persons' social and trans-specific related needs (2011-15 Health Strategy[143]).

Legal Recognition of gender

As a matter of priority, it is necessary to delimit from each other legal recognition of gender and gender reassignment medical procedures to the extent possible. Sharing the experience of countries, which regulate this issue at legislative level, requires more time and efforts. In this respect, it would be relevant for Georgia to take into account the experience of countries (e.g. Hungary), which do not regulate the issue by law but nonetheless pursue administrative practices.

Examples of Argentina and Denmark, where the process of legal recognition of sex is not somehow linked to diagnosis and medical procedures, are considered as the best and most progressive. Yet, the number of countries, where forced sterilization is no longer considered as a mandatory precondition for legal recognition of gender, is on the rise (Hungary, Spain, Portugal, Great Britain, Austria, Germany, Sweden).

140 The International Federation of Health and Human Rights Organizations and the World Medical Association, "Global Authorities Demand Elimination of Forced Sterilization", media publication, 5 September 2011; see link: http://www.wma.net/en/40news/20archives/2011/2011_17/index.html.

141 See additional information on international human rights standards for forced sterilization of transgender persons in the joint shadow report by WISG, ILGA-Europe and TGEU on the protection of the right to health developed for the European Social Charter, 2014.

142 CEDAW/C/GEO/CO/4-5. Concluding observations on the combined fourth and fifth periodic reports of Georgia. Adopted by the Committee at its fifty-eighth session (30 June – 18 July 2014).

143 State Strategy on Healthcare Issues.

In majority of these countries, the diagnosis is sufficient for legal recognition (in some of them, the diagnosis and certificate on hormone therapy and/or "living experience" over a certain period). Worth noting in this respect is the experience of Great Britain, where it is possible to change passport data without the diagnosis, based on a report issued by a practicing physician, which "confirms an individual's need to live with other gender".[144]

It would be logical if such certificate in Georgia is issued by a small multi-profile group, including a social worker (e.g. psychologist, sexologist, social worker), in order to assess an individual's other social needs also at an initial stage. Such a certificate will refer to the status only (and not the diagnosis). *(see annex #2)*A compromise could be seen in allowing legal recognition of a gender on the initial stage of transition, based on diagnosis from a relevant specialist.

A possibility of legal recognition of gender at the very first stage of medical transition – based on the gender dysphoria diagnosis, may be viewed as a compromise decision.

Ministry of Labor, Healthcare and Social Affairs should work in coordination with Ministry of Justice in order to establish fast, transparent and accessible new administrative practice allowing transgender persons to change their gender markers in all the documents issued by state and private institutions, a procedure that will be clearly separated from the process of medical transition.

- Introduction of quick, transparent and accessible procedures for transgender persons to indicate their gender identity in all key documents issued by the state and non-state institutions, by introducing new administrative practices that will be delimited from the medical transition process as much as possible.

The Right to the Highest Attainable Standard of Health

Needs of transgender persons are not examined and duly reflected in the state programs and health strategies. Lack of basic knowledge on transsexuality/intersexuality among specialists of primary care creates discrimination and maltreatment risks for transgender persons. Further, it hinders the identification of their needs and subsequent referral at the level of primary healthcare. Trans identity is viewed as a medical problem requiring clinical intervention and treatment. The state does not regulate issues related to trans-specific medical transition either. There are no national clinical guidelines that would secure state

144 See Annex N1

control over medical services provided.

Health insurance policies in Georgia of neither the state nor private companies cover gender reassignment medical procedures at any stage of transition. Majority of transgender individuals cannot afford gender reassignment related medical services. Given a current practice of legal recognition of sex, non-affordability of required medical services places transgender persons in unequal condition vis-a-vis other citizens. This problem could be regulated by legal norms on the state funding/co-funding of costs required for gender reassignment related medical services.

Access to Healthcare Services without Discrimination

The following is required to avoid stigma, potential discrimination, and maltreatment on behalf of medical personnel:

- Ministry of Labor, Health and Social Affairs should coordinate its work with Ministry of Education in order to provide revision of medical textbooks containing stigmatizing and discriminatory definitions and terminology;
- Inclusion of basic information on transgender identities/transsexuality and intersexuality in the qualification/requalification or certification programs and curricula for personnel working in the healthcare sector;
- Development of trans-sensitive codes of conduct and guidelines at the level of clinics;
- Regulation of a medical transition process in a way that transgender persons have effective access to relevant medical services of universally recognized international standards and the public healthcare covers these costs.

Access to Quality Healthcare Services

Availability of national clinical guidelines is one of important mechanisms for controlling the quality of medical services provided by the state. Because an international guideline on transgender health care is already available, which is based on latest research and accumulated clinical experience, and at the same time reflects ongoing worldwide processes on Trans depathologization, it is required to:

- Adapt and introduce international clinical guideline focused on the needs of transgender, transsexual, and gender non-conforming persons for securing transgender persons’ access to quality healthcare;

- Raise qualification of secondary and tertiary healthcare specialists in Trans related issues.

In addition to the above, it is necessary to:

- Study transgender persons' social needs and reflect them adequately in the state plans and healthcare strategies;
- Ensure participation of transgender activists and human rights organizations in all processes.

TERMINOLOGY[145]

Gay - a person who feels sexual and/or emotional desire exclusively or predominantly for persons of her or his own sex

Gender Identity – refers to each person's deeply felt internal and individual experience of gender, which may or may not correspond with the sex assigned at birth, including the personal sense of the body (which may involve, if freely chosen, modifications of bodily appearance or function by medical, surgical or other means) and other expressions of gender, including dress, speech and mannerism (Yogyakarta Principles).

Gender Expression – refers to people's manifestation of their gender identity, and the one that is perceived by others. Typically, people seek to make their gender expression or presentation match their gender identity/identities, irrespective of the sex that they were assigned at birth.

Gender non-conformity and gender variance– refers to anyone whose gender varies from normative gender identity and roles of the gender assigned at birth.

Gender Dysphoria- is a mental disorder diagnosis applied by psychiatrists and psychologists to classify severe discomfort/ rejection that people may feel towards their sex embodiment and their internally felt gender identity. See also Gender Identity Disorder.

Intersex – a term that relates to a range of physical traits or variations that lie between stereotypical ideals of male and female. Intersex people are born with physical, hormonal or genetic features that are neither wholly female nor wholly male; or a combination of female and male; or neither female nor male. Many forms of intersex exist; it is a spectrum or umbrella term, rather than a single category.

Lesbian – a woman who is sexually and emotionally attracted to women.

LGBTI – Acronym for lesbian, gay, bisexual, trans and intersex people.

Man who has sex with men (MSM) - Term used purely in HIV/AIDS prevention, and very rarely in other activist circles. It was coined for prevention purposes where the identity of a person does not matter - only the sexual practice. From that perspective the term MSM is very inclusive – as it includes all men (gay, bisexual, heterosexual, trans or intersex). However it does not include people identifying as women and other identities where a lot of prevention is needed and takes place.

Sexual Orientation – refers to each person's capacity for profound emotional, affectional and sexual attraction to, and intimate and sexual relations with, individuals of a different gender or the same gender or more than one gender.

Sex - refers to the biological makeup such as primary and secondary sexual character-

145 Taken from ILGA-Europe's Glossary: http://www.ilga-europe.org/home/publications/glossary

istics, genes, and hormones.

Transgender – refers to those trans people who live permanently in their preferred gender, without necessarily needing to undergo any medical intervention/s. Until recently, this term was also the primary umbrella term referring to all trans people, but this use is now loosing favour to the term 'trans' which is perceived to be more inclusive of all trans communities.

Transgender Man –FtM (Female-to-Male) - most commonly used to refer to a female-tomale trans person. Someone who was assigned female at birth who now identifies as male. Also called a trans man. The term is widely discussed and should be avoided as it is based on the wrong assumption that there are only two possible sexes.

Transgender Woman –MtF (Male-to-Female) - Male-to-female, most commonly used to refer to a male-to-female trans person. Someone who was assigned male at birth but who identifies as female. The term is widely discussed and should be avoided as it is based on the wrong assumption that there is only two possible sexes.

Transsexual – refers to people who identifies entirely with the gender role opposite to the sex assigned to at birth and seeks to live permanently in the preferred gender role. This often goes along with strong rejection of their physical primary and secondary sex characteristics and wish to align their body with their preferred gender. Transsexual people might intend to undergo, are undergoing or have undergone gender reassignment treatment (which may or may not involve hormone therapy or surgery).

Homophobia - the fear, unreasonable anger, intolerance or/and hatred toward homosexuality. Homophobia can appear in various ways: **Internalised Homophobia**: when lesbian, gay men and bisexual people are considering and accepting heterosexuality as the correct way of being and living. **Institutionalised Homophobia**: when governments and authorities are acting against equality for LGB people. This can be hate speech from public elected persons, ban on pride events and other forms of discrimination of LGB people.

Transphobia - refers to negative cultural and personal beliefs, opinions, attitudes and behaviors based on prejudice, disgust, fear and/or hatred of transpeople or against variations of gender identity and gender expression. Institutional transphobia manifests itself though legal sanctions, pathologisation and inexistent/inadequate mechanisms to counter violence and discrimination. Social transphobia manifests itself in the forms of physical and other forms of violence, hate speech, discrimination, threats, marginalisation, social exclusion exoticisation, ridicule and insults

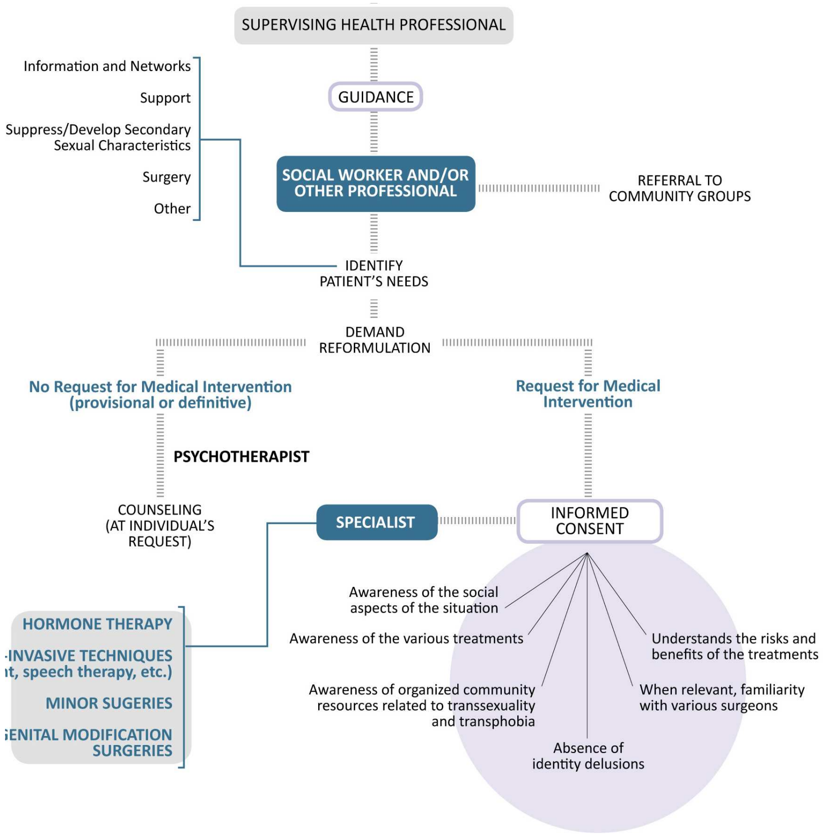
ANNEXES

Annex N1. Short review of legal gender recognition norms and practices

Annex accompanies the Georgian version of the policy paper and is prepared on basis of Open Society Foundations publication „License to Be Yourself. Laws and Advocacy for Legal Gender Recognition of Trans People" [146]

Annex N2. Proposed New Protocol for Best Practices for Trans Health Care

Based on the model elaborated by Spanish Network for Depathologization of Trans Identities.



146 OSI 2014, License to Be Yourself. Laws and Advocacy for Legal Gender Recognition of Trans People.

BIBLIOGRAPHY

ACA (2010). Competencies for Counseling with Transgender Clients. Volume 4, Issue 3-4.

Aghdgomelashvili E. Homophobic Hate Speech and its Regulating Mechanisms. How to Defeat Hate Speech? Policy Paper. Heinrich Boll Foundation. Tbilisi. 2012. http://ge.boell.org/sites/default/files/book5.pdf

Aghdgomelashvili E., Needs assessment of LGB persons in healthcare, technical reportof the study, WISG. 2014

Aghdgomelashvili E., Sexual and Self-destructive Behaviour among LBT Women, study; WISG. 2013 http://women.ge/wp-content/uploads/2011/02/Sexual-and-Self-Deconstructive-behaviour-Among-LBT.pdf

Aghdgomelashvili E., Situation of LGBT people in Goergia, policy paper; WISG. 2013 http://women.ge/wp-content/uploads/2014/02/WISG_LGBT-policy-paper-for-EAP-full-version_updated.pdf

Affirmative Care for Transgender and Gender Non-Conforming People: Best Practices for Front-line Health Care Staff. The fenway institute. 2013

Agius S. 2012, Trans and intersex people Discrimination on the grounds of sex, gender identity and gender expression.

Agius S., Köhler R., Aujean S., Ehrt J. 2011, Human Rights and Gender Identity. Best practices catalogue. ILGA-Europe, TGEU.

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition. Washington, DC, 2013

American Psychiatric Association: Position Statement on Discrimination Against Transgender and Gender Variant Individuals. 2012. http://www.dhcs.ca.gov/services/MH/Documents/2013_04_AC_06d_APA_ps2012_Transgen_Disc.pdf

American Psychological Association Report of the APA Task Force on Gender Identity and Gender Variance. 2010. http://www.apa.org/pi/lgbt/resources/policy/gender-identity-report.pdf

Amnesty International. 2014, The state decide who I am: Lack of legal gender recognition for transgender people in Europe. amnesty.org/uploads/media/The_state_decide_who_I_am.

Annual Report of Public Defender of Georgia on Situation of Human Rights and Freedoms, 2013. http://www.ombudsman.ge/uploads/other/1/1563.pdf

Balzer, C. and Hutta, J. 2012, 'Transrespect versus Transphobia Worldwide: A Comparative Review of the Human-rights Situation of Gender variant/Trans People', TvT Publication Series Vol. 6, available at http://www.transrespect-transphobia.org/uploads/downloads/Publications/TvT_research-report.pdf

Chavchanidze M., Propedeutics of Clinical Sexology, Tbilisi. 2014

CEDAW/C/GEO/CO/4-5. Concluding observations on the combined fourth and fifth periodic reports of Georgia. Adopted by the Committee at its fifty-eighth session (30 June – 18 July 2014). http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW%2FC%2FGEO%2FCO%2F4-5&Lang=en

Center of Excellence for Transgender Health. 2011, Primary Care Protocol for Transgender Patient Care. available at http://www.transhealth.ucsf.edu/protocols.

CoE 2013, Guidelines to Promote and Protect the Enjoyment of All Human Rights by Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Intersex (LGBTI) Persons. N 11492/13, http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/13/st11/st11492.en13.pdf

Coleman E, Bockting W, Botzer M, et al. 2012, Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. Int JTransgenderism. 13:165–232.

D'Augelli, A. R., & Grossman, A. H. 2001, Disclosure of sexual/gender orientation, victimization, and mental health among lesbian, gay, bisexual and transgender older adults. Journal of Interpersonal Violence, 16, 1008-1027

Darrel a. Regier , Emily a. Kuhl, David j. Kupfer. 2013, The DSM V: classification and criteria changes. World Psychiatry 2013;12:92–98.; Drescher, J. Controversies in Gender Diagnoses. LGBT Health Volume 1, Number 1, 2013.

Drescher, J., Cohen-Kettenis, P. and Winter, S. 2012, 'Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11' in International Review of Psychiatry, December 2012, Volume 24(6), pp. 568–577.

ESCR Committee, General Comment No 14, E/C.12/2000/4 (2000)

European Court of Human Rights. Fact sheet. Gender identity issues. http://echr.coe.int/Documents/FS_Gender_identity_ENG.pdf

European Parliament Intergroup on LGBT Rights. Sept 29, 2011, "European Parliament: World Health Organization Must Stop Treating Transgender People as Mentally Ill," available at http://www.lgbt-ep.eu/press-releases/who-must-stop-treating-transg ender-people-as-mentally-ill/

FRA. 2014, Being Trans in the European Union Comparative analysis of EU LGBT survey data. http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-being-trans-eu-comparative_en.pdf

Global Action for Trans* Equality 2011, It's time for reform Trans* Health Issues in the International Classifications of Diseases A report on the GATE Experts Meeting. The Hague, November 16-18. 2011. https://globaltransaction.files.wordpress.com/2012/05/its-time-for-reform.pdf

Global Action for Trans* Equality 2013, Critique and Alternative Proposal to the "Gender Incongruence of Childhood" Category in ICD-11. Buenos Aires, April 4-6, 2013. https://globaltransaction.files.wordpress.com/2012/03/critique-and-alternative-proposal-to-the-_gender-incongruence-of-childhood_-category-in-icd-11.pdf

Gorton R, Buth J & Spade D. 2005, Medical Therapy and Health Maintenance for Transgender Men: A Guide for Health Care Providers, Lyon-Martin Women's Health Services, San Francisco, CA.

Grant JM, Mottet LA, Tanis J 2010, National Transgender Discrimination Survey Report on health and health care: Findings of a study by the National Center for Transgender Equality and the National Gay and Lesbian Task Force. http://transequality.org/ PDFs/NTDSReportonHealth_final.pdf

Gvianishvili N., Situation of Transgender Persons in Georgia, WISG. 2014 http://women.ge/wp-content/uploads/2015/02/Transgender_survey-to-send.pdf

Hammarberg, T. July 2009, "Issue Paper on Human Rights and Gender Identity," Office of the

Commissioner for Human Rights, Council of Europe, Strasbourg, France. https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1476365

Identoba. 2012. International Standards and Best Practices of Legal Recognition of Gender for transgender persons, https://identoba.files.wordpress.com/2012/04/e183a1e183a5e18394e183a1e18398e183a1-e18390e183a6e18398e18390e183a0e18394e18391e18398e183a1-e183a8e18394e183a1e18390e183aee18394.pdf

ILGA-Europe 2014, Rainbow Europe. Annual Review of the Human Rights Situation of LGBTI People in Europe. content.com/u/15245131/Annual%20Review%202014%20

Javashvili G., Kiknadze G., Kutateladze N., Review and Analysis of Existing Human Regulations and Ethics Norms in Georgian Healthcare field, Tbilisi, 2013.

Kaufman R., 2008, Introduction to ransgender identity and health. Makadon H, Mayer K, Potter J, & Goldhammer H (eds.). Fenway Guide to Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health. Philadelphia: American College of Physicians. 2008. 331-363.

Kiknadze G., Javashvili G., Karosanidze I., Gabunia T., Tataradze R., Tsilosani G., Rules of professional conduct of medical doctors, Tbilisi, 2011

Köhler R, Ehrt J, Recher A. 2013, Legal Gender Recognition in Europe – Toolkit. TGEU. http://www.tgeu.org/sites/default/files/Toolkit_web.pdf

Korkiamäki I. 2014, Legal Gender Recognition and (Lack of) Equality in the European Court of Human Rights. The Equal Rights Review, Vol. Thirteen. http://www.equalrightstrust.org/ertdocumentbank/ERR%2013%20-%20Korkiamaki.pdf

Lombardi, E. 2001, “Enhancing Transgender Health Care,” Am J Public Health, vol. 91, no. 6

Meyer IH. 2003, “Prejudice as Stress: Conceptual and Measurement Problems,” Am J Public Health, vol. 93, no. 2, pp. 262-65.

Natsvlishvili A., Aghdgomelashvili E., Report on Monitoring of Implementation of CM/Rec[2010]5, WISG. Tbilisi. 2012. http://women.ge/wp-content/uploads/2013/01/CM_REC20105GEORGIA_ENG_extended-version.pdf

Natsvlishvili A., Aghdgomelashvili E., Situation of LBT Women in Georgia, Shadow report for CEDAW Committee, WISG. Tbilisi, 2012. http://women.ge/wp-content/uploads/2012/05/WISG-LBT-CEDAW-shadow-report_eng.pdf

Natsvlishvili A., Aghdgomelashvili E., Rights of LBT Women in Georgia. Shadow Report for CEDAW. Submitted for the 58th Session.. Women’s Initiatives Supporting Group (WISG). 2014. http://women.ge/wp-content/uploads/2014/06/WISG_LBT-women-in-Georgia_CEDAW-58th-session.pdf

Office of the High Commissioner for Human Rights. 2012, Born Free and Equal: Sexual Orientation and Gender Identity in International Human Rights Law, www.ohchr.org/Documents/Publications/BornFreeAndEqualLowRes.pdf

OSI 2013, Transforming Health: International Rights-based Advocacy for Trans Health.

OSI 2014, License to Be Yourself. Laws and Advocacy for Legal Gender Recognition of Trans People.

Psychiatric Dictionary of the World Health Organization, Association of Georgian Psychiatrists, Tbilisi,

2005

Recommendaton CM/Rec (2010)5 of the Committee of Ministers to member states on measures to combat discrimination on grounds of sexual orientation and gender identity. http://www.coe.int/t/dg4/lgbt/Source/RecCM2010_5_EN.pdf

Recommendaton CM/Rec (2010)5 of the Committee of Ministers to member states on measures to combat discrimination on grounds of sexual orientation and gender identity. Explanatory memorandum http://www.coe.int/t/dg4/lgbt/Source/Motives_EN.pdf

Report of the Special Rapporteur on Economic, Social and Cultural Rights, The right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, E/CN.4/2003/58 (13 February 2003)

Report of the Special Rapporteur on the right to health, Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, UN Doc A/64/272 (10 August 2009)

Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez, A/HRC/22/53, 2013.

Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights on Discriminatory laws and practices and acts of violence against individuals based on their sexual orientation and gender identity. Geneva, United Nations Human Rights Council, 2011.

Resolution 1945 2013 “Putting an end to coerced sterilisations and castrations” http://assembly.coe.int/ASP/XRef/X2H-DW-XSL.asp?fileid=19984&lang=EN

Silagadze T., Menteshashvili L., Diagnosing Mental illnesses according to ICD-10 criteria (auxiliary guideline). Tbilisi, 2009.

Situation of LGBT persons in Georgia. WISG. Tbilisi. 2012. http://women.ge/wp-content/uploads/2012/12/WISG_situation-of-lgbt-persons-in-Georgia_ENG-www.pdf

Spanish Network for Depathologization of Trans Identities _Communique. Reflections from STP regarding the ICD revision process and publication of the DSM V. 2013. http://stp2012.info/STP_Communique_August2013.pd

Spanish Network for Depathologization of Trans Identities. 2010, “Best Practices Guide to Trans Health Care in the National Health System,” available at http://www.stp2012.info/guia/STP_guide_health.pdf

Study of needs of transgender persons in South Caucasus regarding demand on services ad accessibility; Medical-psychological centre Tanadgoma, Tbilisi, 2013. http://new.tanadgomaweb.ge/upfiles/dfltcontent/3/127.pdf

TGEU 2013, Position on the revision of the ICD 10. http://www.tgeu.org/sites/default/files/TGEU%20Position%20ICD%20Revision_0.pdf

The fenway institute. 2013, Affirmative Care for Transgender and Gender Non-Conforming People: Best Practices for Front-line Health Care Staff. http://www.lgbtagingcenter.org/resources/pdfs/13-017_TransBestPracticesforFrontlineStaff_v9_04-30-13.pdf

Whittle S, Turner L, Combs R & Rhodes S. 2008, Transgender EuroStudy: Legal Survey and Focus on the Transgender Experience of Health Care, ILGA-Europe, Brussels, Belgium. http://www.pfc.org.uk/pdf/eurostudy.pdf

WHO 2007, "International Classification of Diseases and Related Health Problems – 10th Revision," World Health Organization, Geneva, Switzerland.

WHO 2011, Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men and transgender people: recommendations for a public health approach. Geneva.

WHO 2013, Joint Technical Brief: HIV, Sexually Transmitted Infections and Other Health Needs among Transgender People in Asia and the Pacific. www.wpro.who.int/hiv/documents/docs/HIV_STI_Other_Health_needs_among_transgender.pdf

WHO, OHCHR, UN Women, UNAIDS, UNDP, UNFPA and UNICEF 2014, Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization. An interagency statement. http://www.unfpa.org/rights/Eliminating_forced_sterilization.pdf

Williamson C. 2010, Providing care to transgender persons: a clinical approach to primary care, hormones, and HIV management. J Assoc Nurses AIDS Care 2010;21:221–9.

Winter S. 2009, "Cultural Considerations for the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care: The Asian Perspective," International J of Transgenderism, vol. 11, no. 1, pp.19-41.

Winter, S. 2012, Lost in Transition: Transgender People, Rights and HIV Vulnerability in the Asia-Pacific Region. Thailand: UNDP Asia-Pacific Regional Centre, www.undp.org/content/dam/undp/library/hivaids/UNDP_HIV_Transgender_report_Lost_in_Transition_May_2012.pdf

WISG,TGEU, ILGA-Europe. 2014. Submission on the 6th report by Georgia on the implementation of the revised European Social Charter http://women.ge/wp-content/uploads/2014/06/WISG-TGEU-ILGA-Europe-Social-Charter-shadow-report-Georgia-trans-health-issues.pdf

WPATH. http://www.wpath.org/uploaded_files/140/files/de-psychopathologisation%205-26-10%20on%20letterhead.pdf

WPATH 2011, Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People, available at http://www.wpath.org/documents/Standards%20of%20Care%20V7%20-%202011%20WPATH.pdf.

WPATH consensus process regarding transgender and transsexual-related diagnoses in ICD-11. 2013. http://www.wpath.org/uploaded_files/140/files/ICD%20Meeting%20Packet-Report-Final-sm.pdf

UNAIDS / WHO 2011, Technical Guidance for Global Fund HIV Proposals Round 11, http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/20110909_Technical_Guidance_MSM_and_TG_people_en.pdf;

UNDP 2013, Transgender Health and Human Rights. Discussion Paper. http://www.undp.org/content/dam/undp/library/HIV-AIDS/Governance%20of%20HIV%20Responses/Trans%20Health%20&%20Human%20Rights.pdf

Yogyakarta Principles on the Application of International Human Rights Law in relation to Sexual Orientation and Gender Identity http://www.yogyakartaprinciples.org/principles_en.pdf

ქალთა ინიციატივების მხარდამჭერი ჯგუფი“ (WISG) წარმოადგენს ქალთა საკითხებზე მომუშავე ფემინისტურ ორგანიზაციას, რომლის სამიზნე ჯგუფია ლესბოსელი და ბისექსუალი ქალები, ტრანსგენდერი ადამიანები, ეთნიკურ და რელიგიურ უმცირესობებს მიკუთვნებული, სოფლად მაცხოვრებელი, შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე და სხვა მარგინალიზებული ჯგუფის წარმომადგენელი ქალები. ჰომოფობიის საკითხებზე მუშაობა ორგანიზაციამ 2002 წელს დაიწყო. 2010 წლიდან ადვოკაცია WISG-ის ერთ-ერთი ძირითადი მიმართულებაა. ინფორმაცია ორგანიზაციის მიერ ჩატარებული კვლევების, ჩრდილოვანი ანგარიშების, საჯარო პოლიტიკის დოკუმენტებისა თუ სხვა აქტივობების შესახებ შეგიძლიათ, იხილოთ ორგანიზაციის ვებ-გვერდზე.

The “Women’s Initiatives Supporting Group - WISG” is a feminist organization whose main target group includes lesbian and bisexual women, transgender persons, women representing ethnic and religious minorities, living in rural areas, with disabilities and representing other vulnerable and marginalized groups. Organization started to address the issue of homophobia in 2002. Since 2010, advocacy became one of the main directions of WISG’s work. Further information regarding studies, shadow reports, policy documents prepared by the organization, as well as other activities, can be found on organization’s official website.